



**Universidade de Aveiro**  
**Ano 2010**

Secção Autónoma de Ciências Sociais,  
Jurídicas e Políticas

**MANUEL EDUARDO**  
**MARTINS VIEGAS**

MUDANÇA DE PARADIGMA NA GESTÃO DOS  
RECURSOS HUMANOS EM CONTEXTO  
HOSPITALAR



**Universidade de Aveiro**  
**Ano 2010**

Secção Autónoma de Ciências Sociais,  
Jurídicas e Políticas

**MANUEL EDUARDO  
MARTINS VIEGAS**

**MUDANÇA DE PARADIGMA NA GESTÃO DOS  
RECURSOS HUMANOS EM CONTEXTO  
HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO EM DOIS  
HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Teresa Carvalho, Professora Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências Sociais e Jurídicas da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha esposa e filhas pelo incansável apoio.

O júri

Presidente

Prof. Doutor Rui Armando Gomes Santiago

professor associado da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Regina Maria Oliveira Leite

professor auxiliar da Universidade do Minho

Prof. Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho

professor auxiliar da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

É com satisfação que agradeço a todos aqueles cujo contributo permitiu que este trabalho pudesse ser uma realidade.

Foram igualmente preciosas as sugestões de consulta de novos artigos, livros e documentação, bem como a delicadeza das duas instituições (Hospital Infante D. Pedro e Hospital São Teotónio) envolvidas no estudo, pela sua disponibilidade em fornecer os dados pedidos.

Gostaria de nomear todos neste agradecimento, mas a impossibilidade natural de o fazer, leva-me a que apenas personalize os que mais perto me acompanharam nesta longa caminhada: a Professora Teresa Carvalho, pelo apoio e disponibilidade, saber, competência e rigor colocados desde o primeiro momento no trabalho de investigação realizado.

Os meus agradecimentos são também extensivos a todos aqueles, que, directa ou indirectamente, me apoiaram, permitindo-me, felizmente, ultrapassar os momentos de desânimo e desespero.

Por fim, mas não naturalmente por último, estou grato à minha família. É ela a grande sacrificada, mas é devido, principalmente, à minha família que foi possível efectuar esta longa caminhada, nomeadamente, a minha mulher e as minhas filhas, pelo reconhecimento e por entenderem os meus silêncios, as minhas ausências, e mesmo assim poder contar com elas em todos os momentos.

## Palavras-chave

reformas, administração pública, sistema nacional de saúde, relações de emprego, profissões de saúde, gestão de recursos humanos.

## Resumo

As reformas que se têm registado ao nível dos sistemas de saúde, de vários países desenvolvidos, contribuíram para que se tivesse iniciado um processo contínuo de alterações no modelo organizacional e de gestão das instituições públicas, em particular nas instituições hospitalares. Reformas que têm assumido um papel decisivo na mudança de paradigma das formas de regulação tradicionais e da autonomia dos profissionais que exercem a sua actividade profissional neste âmbito.

No caso específico de Portugal, a introdução da Nova Gestão Pública veio reforçar, não só as várias iniciativas de reestruturação das instituições públicas responsáveis pela saúde, como possivelmente alterar, também, os valores dominantes aquando a criação do Sistema Nacional de Saúde.

A descentralização organizacional tem conduzido a uma desregulação do padrão de relações de emprego reconfigurando os mercados internos de trabalho dos hospitais, pelo que se vem a assistir a uma coexistência de relações de emprego de tipos distintos, em particular o contrato de trabalho em funções públicas e o contrato individual de trabalho.

O que se pretende com este trabalho de investigação é perceber a evolução e as implicações que as reformas na saúde, em Portugal, têm tido na reconfiguração da empregabilidade ou na situação no emprego dos profissionais de saúde. Este trabalho empírico baseou-se numa estratégia quantitativa e qualitativa de recolha de informação, assente na análise do número de efectivos por grupo de pessoal, médicos e enfermeiros, e na relação jurídica de emprego que estabelecem com os dois hospitais da região centro.

O tratamento da informação recolhida permitiu obter os seguintes resultados:

1. A introdução da Nova Gestão Pública fomentou o aparecimento de modelos híbridos na organização e gestão dos hospitais, promovendo alterações nas formas tradicionais de regulação e controlo dos profissionais;
2. Estas alterações conduziram à substituição do modelo de profissionais assalariados do Estado por modelos de contratualização;
3. A reconfiguração da relação jurídica de emprego nestes dois grupos profissionais (médicos e enfermeiros) é evidenciada. Pelo que temos vindo a assistir à substituição da admissão de novos profissionais - através da relação jurídica de emprego público, nomeação por tempo indeterminado - por outras formas de empregabilidade;
4. A introdução do regime de contrato individual de trabalho surge da imposição de flexibilizar a gestão de pessoal, tornando-se uma alternativa ao regime de nomeação.

keys words

reforms, public administration, national health system, relationships, health professions, human resource management.

Abstract

The reforms that have taken place at the health systems of many developed countries conduct to a process of continuous changes in the organizational model and management of public institutions, particularly in hospitals. These reforms have played a decisive role in the paradigm shift from traditional forms of regulation and professionals to new ones.

In Portugal, the introduction of New Public Management has enhanced not only the various initiatives to restructure the institutions responsible for health, but has also changed the values responsible for the creation of the National Health Systems. The organizational decentralization has led to a disruption of the pattern of employment relations reconfiguring the internal working relations in the hospitals. So if one has seen the emergence of different types of employment relationships including the employment contract in public functions and the individual contract representing a shift from collective to an individual bargaining.

The aim of this research is to understand how the changes promoted by health care reform in Portugal have played a role in shaping the labor situation of health professionals. The empirical work was based on a quantitative and qualitative approach to data collection focusing on changes in the legal employment relationship of the professional groups of doctors and nurses, in two selected hospitals in the central region of the country.

Data analysis allow these main conclusions: 1. The introduction of New Public Management has encouraged the emergence of hybrid models in the organization and management of hospitals, promoting changes in traditional forms of regulation and control of professionals; 2. These changes led to the replacement model of professional employees of the State (or civil servants) for models of contracts; 3. The reconfiguration of the legal relationship of employment in these two professional groups (doctors and nurses) is evident. We have been assisting to the replacement of the admission of new professionals - through the legal relationship of public employment, picture naming for an indefinite period - in other forms of employability; 4. The introduction of the individual contract of employment arises from the need for flexibility in personnel management, becoming an alternative to the system of appointment.

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO: FUNDAMENTAÇÃO E OBJECTIVOS .....	13
CAPÍTULO I: A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DO CONTEXTO EUROPEU AO CONTEXTO NACIONAL .....	19
1. Evolução e reforma da administração pública no contexto da nova gestão pública .....	19
1.1. O Contexto Europeu.....	19
1.2 Os Sistemas de Saúde na Europa na actualidade .....	21
2. A administração pública em Portugal .....	24
2.1 Evolução e reforma da administração pública no contexto da nova gestão pública.....	24
2.2 Evolução e reforma do Sistema Nacional de Saúde no contexto da nova gestão pública.....	26
2.2.1 O sistema de saúde português (estabelecimento e expansão) entre 1970 e 1980 .....	27
2.2.2 Regionalização do SNS e novo papel para o sector privado (1980-1995).....	29
2.2.3 A “Nova Gestão Pública - New Public Management” no SNS (1995-2002) .....	29
2.2.4 Orientação empresarial e proximidade à liberalização (2002-2005).....	30
2.2.5 Desenvolvimentos mais recentes (2005-2009).....	31
CAPÍTULO II: RECURSOS HUMANOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	33
1. Quadro geral da evolução dos recursos humanos na administração pública .....	33
1.1 Os diferentes períodos de evolução histórica .....	33
1.2 Evolução e reforma das políticas de gestão dos recursos humanos em Portugal, no sector privado. ....	35
1.3 Evolução e reforma das políticas de gestão dos recursos humanos em Portugal, no sector público.....	36
1.4 Evolução e reforma das políticas de gestão dos recursos humanos em Portugal, no sector da saúde .....	41



2. Formas de trabalho e o seu enquadramento.....	44
2.1 Novas formas de organização do trabalho/Paradigma da flexibilidade.....	44
2.2 Modelos de emprego em Portugal e no resto da Europa.....	46
2.3 Consequências da flexibilidade.....	55
CAPÍTULO III: O HOSPITAL, A EMPRESARIALIZAÇÃO E OS MODELOS DE GESTÃO .....	58
3. Reforma do sector público hospitalar.....	58
3.1 O hospital.....	58
3.2 A empresarialização do sector hospitalar público português.....	59
3.3 Os profissionais do hospital - Médicos e Enfermeiros.....	62
CAPÍTULO IV: DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO: CONTORNOS METODOLÓGICOS.....	65
4. Planeamento, caracterização e organização da investigação.....	65
4.1 Definição do tema de estudo.....	65
4.2 Caracterização dos hospitais em estudo .....	66
4.2.1 O Hospital Infante D. Pedro E.P.E. - Aveiro .....	66
4.2.2 O Hospital de São Teotónio – Viseu .....	66
4.3 Desenvolvimento do processo metodológico.....	67
CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	71
5.1 Análise dos grupos profissionais segundo a instituição hospitalar .....	71
5.1.1 Pessoal médico e de enfermagem pertencente ao quadro do hospital Infante D. Pedro - Aveiro .....	71
5.1.2 Pessoal médico e de enfermagem pertencente ao quadro do hospital São Teotónio - Viseu.....	76
5.1.3 Pessoal médico e de enfermagem, uma análise conjunta .....	81
5.2 A entrevista: uma perspectiva experiencial.....	83
5.2.1 Percepções sobre a relação jurídica de emprego .....	83
5.2.2 Percepção sobre alterações na relação jurídica.....	84

5.2.3 Impacto das alterações no número de efectivos.....	87
CONCLUSÃO .....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	101

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Gestão por objectivos .....	40
Quadro nº 2 - Gestão e Avaliação de Desempenho .....	41
Quadro nº 3 (sinopse) - Contrato de trabalho a termo .....	49
Quadro nº 4 (sinopse) - Contrato de trabalho temporário .....	50
Quadro nº 5 (sinopse) - Contrato de trabalho a tempo parcial .....	51
Quadro 6 - Condições de contratação de pessoal .....	53
Quadro 7 - Distribuição do pessoal médico por relação jurídica de emprego .....	72
Quadro 8 - Distribuição do pessoal de enfermagem por relação jurídica de emprego .....	74
Quadro 9 - Distribuição do médico por relação jurídica de emprego .....	77
Quadro 10 – Distribuição do pessoal de enfermagem por relação jurídica de emprego .....	78

## ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1 - Efectivos integrados e não integrados nos quadros de pessoal .....	43
Gráfico 2 – Pessoal médico por vínculo, em 2008 .....	72
Gráfico 3 – Evolução do pessoal médico, por vínculo .....	73
Gráfico 4 – Admissões/Saídas, por vínculo .....	73
Gráfico 5 – Pessoal de enfermagem por vínculo, em 2008 .....	74
Gráfico 6 – Evolução do pessoal de enfermagem, por vínculo .....	75
Gráfico 7 – Admissões/Saídas, por vínculo .....	75
Gráfico 8 – Pessoal médico por vínculo, em 2007 .....	77
Gráfico 9 – Evolução do pessoal médico, por vínculo .....	78
Gráfico 10 – Admissões/Saídas, por vínculo .....	78
Gráfico 11 – Pessoal de enfermagem por vínculo, em 2007 .....	79
Gráfico 12 – Evolução do pessoal de enfermagem, por vínculo .....	79
Gráfico 13 – Admissões/Saídas, por vínculo .....	80

## **INTRODUÇÃO: FUNDAMENTAÇÃO E OBJECTIVOS**

A reforma da saúde tem sido descrita como um processo de mudança contínuo e sistemático em diferentes países. Estas mudanças têm contribuído para definir as iniciativas de inovação do modelo organizacional nos sistemas de saúde de quase todos os países, em desenvolvimento ou em vias de desenvolvimento, nos últimos trinta anos.

As reformas que foram introduzidas no séc. XX, na década de oitenta, tiveram como objectivo explícito principal o controlo das despesas públicas e a criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos prestadores, público ou privados. Por sua vez, as reformas introduzidas na década de 1990 visaram sobretudo a prestação de serviços através de mecanismos de contratualização e a introdução de um quasi-mercado. Embora, estes dois períodos tenham sido importantes, a década de 1990, foi aquela em que em diferentes países surgiu um maior número de reestruturações da economia com fortes impactos, no sector público e privado.

Dos vários países europeus, a Grã-Bretanha foi o que se assumiu como líder, devido à sua capacidade inovadora na aplicação das reformas. De qualquer modo, e apesar de, as reformas serem realizadas, inicialmente, nos países mais desenvolvidos e com diferentes contextos socioeconómicos, estas têm vindo a ser adoptadas de uma forma progressiva nos restantes países europeus, convergindo por vezes em vários aspectos. Particularmente na importância dada à eficiência, à eficácia, à diminuição de despesas e à competição entre os serviços, produzindo alterações profundas na estrutura de financiamento e de prestação de cuidados de saúde.

Pollit e Bouckaert (2004), consideram que o predomínio da ideologia economicista observada na abordagem à reforma da Administração Pública (AP), foi motivada pela conjugação de vários factores, como: os problemas financeiros dos governos, a necessidade de travar o crescimento dos gastos públicos, a incapacidade em conduzir uma administração cada vez mais ineficiente e consumidora, o descrédito em que os serviços públicos caíram, as expectativas dos cidadãos em relação à sua qualidade, e a preocupação em recuperar a confiança dos cidadãos, prestando serviços de melhor qualidade (Pollit et al, 2000; Escoval, 2003).

É neste sentido, que as várias iniciativas de reestruturação das instituições de saúde em Portugal, apresentam no seu essencial vários pontos convergentes, os quais podem ser enquadrados no âmbito da Nova Gestão Pública (NGP). Como também é possível verificar, neste contexto, uma alteração dos valores responsáveis pela criação

do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A saúde deixa de ser um bem predominantemente colectivo e social, para passar a ser significada como um bem susceptível de ser comercializado e transaccionado (Carvalho, 2009).

Deste modo, as instituições hospitalares passam a assumir um papel de referência dado constituírem um elemento central nos diferentes sistemas de saúde, assumindo-se como a entidade pública com maior capacidade de empregabilidade para os profissionais da saúde. Os recursos humanos, neste sector, são assumidos com relevância particular, não só pelo elevado nível de especialização dos seus profissionais, como pelo controlo que estes detêm das actividades críticas das organizações, determinando a qualidade e eficiência das respostas dos sistemas de saúde (OPSS, 2009). Assim sendo, as alterações incutidas nas modalidades tradicionais de organização e gestão nestas instituições, tais como a introdução de conceitos de gestão privada, a descentralização, a definição de objectivos, a avaliação de desempenho e a responsabilização, têm conduzido a mudanças no ambiente laboral destes profissionais, produzindo novas culturas e comportamentos profissionais.

Para a maioria dos autores (Dent, 2002, 2005; Dent, Chandler & Barry, 2004; Exworthy & Halford, 1999; Kirkpatrick, Ackroyd & Walker, 2005; Carvalho, 2009), este conjunto de acções pretende promover alterações nas formas tradicionais de regulação e controlo dos profissionais do sector público, e ao mesmo tempo captar, o seu apoio para a concretização das mesmas. Não obstante, alguns autores salientam, de forma particular o carácter político e ideológico destas reformas (Bevir & O'Brien, 2001; Meck, 2003; Carvalho, 2009). Neste sentido, na óptica de Carvalho (2009), muitos argumentos utilizados transmitem uma censura ao modelo dominante do Estado moderno – o Estado de bem-estar social – criando-se a ideia de que este modelo de organização política, económica e social se encontra em crise.

É com esta perspectiva que, nos últimos anos, as políticas governamentais têm promovido medidas no sentido de alcançar o controlo de custos, da oferta e do sobredimensionamento de recursos humanos. Os recursos humanos do sector da saúde têm sido o alvo preferencial de várias medidas, sobretudo os profissionais prestadores directos de cuidados de saúde (médicos e enfermeiros). Outra forma de intervenção política que se tem vindo a desenvolver a este nível, é o controlo de custos relacionado com a tentativa de ligação do salário à produtividade com base na avaliação individual de desempenho dos profissionais (Carvalho, 2009).

No que diz respeito à Europa, a tendência das reformas tem-se desenhado no sentido da substituição do modelo de profissionais assalariados do Estado por modelos de contratualização, nos quais os profissionais são pagos por um misto de capitação salarial e de serviços prestados. Quer no caso dos médicos, quer no caso dos enfermeiros, a tendência nos diversos sistemas aponta para o aumento dos contratos precários, o que é particularmente evidente no caso do Reino Unido (Pollock et al, 2001; Carvalho, 2009).

Estas mudanças, na opinião de alguns autores (Farnham & Horton, 1996; Carvalho, 2009), constituem uma alteração paradigmática do modelo tradicional de gestão de recursos humanos no sector público. Este modelo tradicional caracterizava-se pela existência de quatro elementos distintos: um estilo paternalista – cujo objectivo era a implementação da protecção e o bem-estar da força de trabalho; a standardização – que tinha por base a uniformização das práticas para todos os sectores da área pública; a negociação colectiva – que era traduzida pela forte capacidade negocial dos sindicatos e pela participação e auscultação dos trabalhadores e a ideia do Estado como empregador modelo (Farnham & Horton, 1996; Carvalho, 2009).

A tentativa de alterar este paradigma baseia-se na pretensão de aproximar o modelo tradicional do que é característico da gestão privada, e que os autores apresentam, numa perspectiva dicotómica, com base nos seguintes quatro elementos: a gestão racional – baseada em critérios como, a avaliação do desempenho, a qualidade dos resultados, a valorização do consumidor e o “valor do dinheiro”; a flexibilidade e a diferenciação – instituídas através da consolidação dos contratos temporários e da promoção ligada a percepções de desempenho dos gestores intermédios; a negociação individual – traduzida na ausência de participação dos trabalhadores e na desvalorização dos sindicatos; o seguimento das boas práticas do privado – a diferença de normas da administração já é aceite e esta deixa de se assumir como modelo de empregador (Farnham & Horton, 1996; Carvalho, 2009).

A revisão da literatura realizada sobre este tema possibilitou a constatação da escassez de estudos empíricos que permitam compreender melhor a verdadeira dimensão desta mudança em ambiente hospitalar em diferentes modelos de gestão. Contudo, também foi possível recensar diferentes estudos sobre a gestão de recursos humanos na AP, as reformas do sistema de saúde e a alteração de modelos de gestão e de contratualização, o que permitiu a sustentação teórica do nosso estudo.

A realização deste estudo, parece-nos pertinente, porque se situa temporalmente no momento em que se generaliza a reforma do sistema de saúde, pelo que poderá contribuir para a reflexão sobre as políticas e práticas de contratualização dos profissionais.

Assim sendo, pretende-se situar este estudo no contexto do sistema de saúde português. O seu principal objectivo é o de analisar a evolução e as implicações que as reformas na saúde em Portugal, e em particular no contexto hospitalar, têm tido na configuração das relações de trabalho das profissões de saúde (alterações nas políticas de contratação pública e individual). Desta forma, pretende-se desenvolver uma análise sobre os efeitos que as mudanças introduzidas com a NGP, nas instituições hospitalares, produziram ao nível da relação jurídica de emprego dos profissionais, Médicos e Enfermeiros.

Neste contexto definiram-se os seguintes objectivos para o estudo:

- Procurar analisar a influência da nova gestão pública na reforma do Sistema Nacional de Saúde, em particular, nas instituições hospitalares e nos seus profissionais;
- Tentar compreender os efeitos das mudanças na gestão de recursos humanos, nos níveis de flexibilidade contratual dos profissionais do sector da saúde;
- Tentar perceber as potenciais diferenças entre os grupos profissionais dominantes nas instituições hospitalares;
- Descrever as mudanças de paradigma na gestão dos recursos humanos e a sua influência na contratação dos profissionais – Médicos e Enfermeiros;
- Perceber a forma como as políticas de contratação (colectiva e individual) têm evoluído na gestão de recursos humanos, nestes dois grupos profissionais no sector público, especificamente, em dois hospitais da região centro, o Hospital Infante D. Pedro – Aveiro e o Hospital São Teotónio - Viseu.

É neste sentido que nos parece pertinente explorar neste trabalho temas como:

- O surgimento e evolução do Sistema Nacional de Saúde;
- As reformas que têm vindo a ser introduzidas no sistema nacional de saúde e a sua ligação com a nova gestão pública;
- A relação entre a nova gestão pública e os novos modelos de gestão de recursos humanos no sector da saúde;
- A relação entre a mudança de paradigma na gestão dos recursos humanos e os tipos de contratação dos profissionais – Médicos e Enfermeiros;



Após a enunciação do objecto de estudo, convém situarmos o quadro metodológico de investigação cujos contornos resultam da especificidade do objecto e objectivos gerais e específicos do nosso estudo. Optámos por enveredar, por um estudo de casos múltiplos, transversal e descritivo, assentes em estratégias quantitativas e qualitativas de recolha de informação dado constituir o que melhor permite caracterizar a população de profissionais de saúde no contexto das alterações na AP. O estudo decorreu entre Dezembro de 2008 e Março de 2009 baseado numa amostra aleatória simples da população em estudo. Os dados foram recolhidos junto do Departamento de Recursos Humanos de dois Hospitais da região centro – Hospital Infante D. Pedro (Aveiro) e Hospital São Teotónio (Viseu).

Sem se pretender esgotar a problemática que comporta neste estudo, ou encontrar uma resposta definitiva às interrogações formuladas acerca da mudança de paradigma da gestão de recursos humanos na saúde, espera-se contribuir para um alargamento do conhecimento empírico nesta área. Assim, com base na revisão crítica da literatura organizou-se este trabalho de investigação em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma caracterização geral das mudanças que têm ocorrido ao nível da AP e sistemas de saúde, na Europa Ocidental. A análise desenvolve-se desde o surgimento do cameralismo à revolução francesa, e ao surgimento de um novo paradigma, o *New Public Management (NGP)*, com repercussões importantes no sector da saúde (maior responsabilização do Estado, reestruturação na organização das instituições de saúde, do seu financiamento e relação com o cidadão). Faz ainda, uma análise dos movimentos que se consideraram relevantes para a introdução e desenvolvimento das reformas na Administração Pública Portuguesa (1º governo eleito democraticamente; adesão de Portugal à Comunidade Europeia e introdução do movimento de reforma administrativa “Nova Gestão Pública”) e a sua influência no desenvolvimento do sistema de saúde português. O segundo capítulo faz uma análise, num quadro geral, da evolução e reformas das práticas de gestão de recursos humanos, no sector privado e público, e mais especificamente, no sector da saúde. Serão ainda abordados, os novos modelos de emprego em Portugal e no resto da Europa, e em particular, a flexibilização laboral. O terceiro capítulo faz uma caracterização do processo de empresarialização nos hospitais na regulação laboral do sector da saúde e a forma como a concepção da prestação pública de cuidados alterou os modos de regulação da actividade profissional. Será feita, também, uma síntese histórica relativa, às carreiras dos profissionais, e das duas instituições hospitalares, envolvidos no estudo.

O quarto capítulo faz uma descrição do processo de investigação - metodologia, hipóteses que se pretendem testar neste estudo, análise quantitativa e de conteúdo efectuadas. Por fim, no quinto capítulo faz-se a apresentação da análise dos resultados, a sua discussão e a conclusão deste trabalho empírico.

## **CAPÍTULO I: A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DO CONTEXTO EUROPEU AO CONTEXTO NACIONAL**

### **1. Evolução e reforma da administração pública no contexto da nova gestão pública**

Neste capítulo abordar-se-á, de uma forma resumida, a evolução e reformas da administração pública na Europa Ocidental, no contexto da nova gestão pública dando especial ênfase, aos sistemas europeus de saúde públicos.

#### **1.1. O Contexto Europeu**

A construção da Europa ocidental e o desenvolvimento da Ciência da Administração enquanto ciência da AP, encontra-se ligada ao cameralismo desenvolvido na Prússia nos séculos XVII e XVIII. O cameralismo foi um movimento que teve como objectivo ou finalidade a racionalização da estrutura administrativa e o fortalecimento do Estado, através de um sistema administrativo mais centralizador.

É com a Revolução Francesa (1789), em particular o período que diz respeito ao imperador Napoleão, que são introduzidas modificações nas bases da AP. É alterado o estatuto dos funcionários, a natureza dos serviços públicos e o próprio conceito de Estado. Cria-se um sistema administrativo de inspiração militar, restaurando-se o sistema legal romano com a codificação das leis (Jackson, 1994).

O modelo da AP na Europa teve a sua origem na Revolução Francesa. Este é um modelo que estabelece regras de funcionamento na AP e, em especial, a separação de poderes entre a Administração e a Política. Esta separação de poderes conduziu ao desenvolvimento do direito administrativo, e paralelamente, ao nascimento do estatuto dos funcionários públicos (conjunto de direitos e deveres), tomando, em alguns casos, a forma de um documento único, e, noutros casos, surgindo apenas como um conjunto de leis. A sistematização mais acabada deste desenvolvimento deve-se a Max Weber e à sua teoria da burocracia.

Genericamente o modelo de gestão pública definiu-se até a década de 40 como sendo de Administração Clássica (Rocha, 2001), intimamente ligada à concepção redutora do papel do Estado, e à influência da gestão taylorista (EUA) ou das regras do direito administrativo (Europa continental).

Assim, o modelo de gestão pública europeu, nos dias de hoje, assenta, sobretudo, no modelo burocrático definido por Weber em 1947. Este modelo pretendeu estabelecer, de forma precisa, os critérios de recrutamento e selecção dos funcionários,

assim como os seus deveres e obrigações. Integra como características particulares: a organização hierárquica autoritária; a especialização de funções; a delimitação rigorosa de competências; o seguimento estrito dos procedimentos; a estrutura de competências com base em normas; a actividade administrativa contínua; o uso de documentos e comunicação por escrito; a não propriedade do cargo; os meios materiais adequados; e meios racionais de disciplina e controlo (Rocha, 2001).

No final da década 1970, começam a surgir as primeiras intenções de Reforma da AP, devido à crise económica provocada pelo choque petrolífero e à introdução de políticas neo-liberais, principalmente, em países anglo-saxónicos. O Reino Unido (na altura liderado por Margaret Thachter) é o primeiro a assumir esta orientação política (Morris et al, 2007). É a partir deste momento que se assiste ao nascimento de um movimento de Reforma e Modernização Administrativa que tem como objectivo tornar a AP mais eficiente e eficaz, centrada na proximidade dos cidadãos e na melhoria dos serviços prestados. Este movimento pretendeu que a AP interviesse, de forma articulada, ao nível da estrutura, do processo, do ambiente e da técnica. Um dos aspectos mais polémicos que vem a marcar esta reforma é o da dicotomia entre o sistema político e a gestão administrativa. Pelo que, na década de 80, com o aparecimento de novas tendências nas organizações públicas, criaram-se as condições para o aparecimento de uma Nova Gestão Pública (*New Public Management*), diferente da AP tradicional e da gestão empresarial, sustentada no «managerialismo», que, basicamente, preconiza que uma boa gestão é a solução mais eficaz para os males sociais e económicos (Pyne, 2004).

A NGP, como modelo de gestão, é difícil de definir de forma precisa (McLaughlin, 2002:409). Esta designação serviu para identificar as tentativas realizadas, desde o final do século XX, para modernizar e reformular o modelo de gestão pública, baseado, sobretudo, na insatisfação com o modelo burocrático no qual se apoiava o funcionamento do *Welfare State* (Hood, 1991). Este modelo de gestão constituiu um desafio à AP tradicional, construída pelos burocratas, que concediam uma ênfase excessiva à eficiência da gestão pública (Jackson, 1994). É um modelo cuja retórica insiste na inovação na forma de organização e operacionalização da AP e dos seus agentes, de maneira a: obter um melhor desempenho; acrescentar uma maior eficiência, transparência e idoneidade; banir a corrupção; centralizar a AP para as necessidades dos cidadãos e para a sociedade; definir e identificar competências e responsabilidades (Warrington, 1997).

Ao mesmo tempo, os pensadores neo-liberais começam a ganhar relevância e protagonismo, direccionando o seu pensamento sobretudo para o recurso à competição e à liberalização de mercado, opondo-se ao excessivo crescimento e alargamento de funções do Estado (Friedman, 1956; Arndt, 1998). Ao nível político, o surgimento da ideologia do “*New Right*”, nos países anglosaxónicos, implicou fortes pressões às opções e políticas seguidas pelo Estado de *Welfare*. Para Bevier & O’Brien (2001), o “*New Right*” acusava o modelo burocrático de prejudicar o equilíbrio natural da economia através dos gastos públicos.

Em simultâneo, o Pós-fordismo, enquanto novo regime de acumulação de capital modificava a organização da produção (Hood, 1994), ou seja, passava-se de uma produção em massa, de organizações estruturadas hierarquicamente e de tecnologia rígida de produção em série, para uma sociedade flexível e personalizada. (Rhodes, 1996).

A forma como a NGP entrou nas diferentes áreas do sector público não foi homogénea. Pelo contrário, a sua introdução verificou-se a diferentes ritmos, em diferentes momentos e com modalidades distintas. A porta de entrada no sector público foi o sector da saúde, pelo peso significativo que representa em todos os orçamentos públicos, bem como pelas funções sociais que desempenha.

## 1.2 Os Sistemas de Saúde na Europa na actualidade

A área da saúde tem passado por sucessivos movimentos de reconstrução das suas práticas, muito devido aos constantes ajustamentos entre a sociedade e o Estado, como forma de dar resposta às necessidades sociais e aos problemas de saúde.

No século XVIII, na Europa Ocidental, começam a surgir as primeiras propostas de uma política médica, com vista a responsabilizar o Estado como ‘gestor’ de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde, e como fiscalizador da sua aplicação social. Mas, é com a Revolução Industrial que vários países europeus dão início a um processo macrossocial, que irá produzir um forte impacto nas condições de vida e de saúde das populações. É também, neste período que a organização das classes trabalhadoras e a crescente participação na vida política, principalmente, em países como Inglaterra, França e Alemanha, que o tema da saúde se torna objecto de reivindicação dos movimentos sociais (Reis & Falcão, 2003).

Desde a Primeira Grande Guerra (1914) existem dois factos particularmente relevantes na Europa no que diz respeito ao desenvolvimento das políticas da saúde: o

relatório Dawson, publicado em 1920 que irá funcionar como linha orientadora para a implementação de uma estratégia de política de saúde; e a Organização Mundial de Saúde, fundada em 1948, cujo objectivo era o de apoiar a cooperação internacional para a melhoria das condições de saúde (Starfield, 1987).

A partir de 1945 (no pós-guerra), instala-se na Europa o conceito e a expansão do direito geral e universal à saúde, com igualdade de oportunidades. As políticas sociais, nesta época, passam de um modelo onde se contemplavam apenas os trabalhadores (através dos seguros sociais obrigatórios) para um modelo universalizante que passa a abranger todos os cidadãos de cada país. Este novo modelo inicia-se no Reino Unido e ficou conhecido como o *National Health Service* (Serviço Nacional de Saúde). Desde então os diferentes sistemas nacionais de saúde na União Europeia acabam por ficar ordenados em três modelos organizacionais, consoante as práticas de contratualização.

O modelo de Bismark, cujos sistemas de cuidados de saúde dependem predominantemente dos seguros, encontrando-se os sistemas de financiamento bem estabelecidos. Este modelo é fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego. É característico da Alemanha sendo adoptado e adaptado por outros países, nomeadamente a Áustria, Holanda e Suíça, mantendo-se fiéis à lógica do seguro social e universalidade, mas sustentado no esforço contributivo dos salários dos empregados e dos empregadores. O modelo de Beveridge, cujos sistemas de cuidados de saúde dependem predominantemente dos impostos, pelo que os sistemas de financiamento estão bem estabelecidos. É baseado na universalidade de acesso e gratuidade no atendimento em todos os níveis de prestação. O direito à saúde é independente do trabalho e do emprego, pelo que se intitulam de Serviços Nacionais de Saúde. É característico de países como a Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Grécia, Portugal, Espanha e Itália. Por último, surgem os sistemas de cuidados de saúde que se encontram numa fase de transição (mudança de um sistema de seguros para um sistema baseado em impostos). Estão organizados a partir da compra do seguro de saúde pelos indivíduos e empresas, sendo o seu acesso dependente da capacidade de consumo do cidadão/utilizador. Este sistema, embora tenha surgido mais tarde, tem inspiração no modelo de Bismark. Associa o princípio do seguro obrigatório à protecção social, abrindo-se em numerosas prestações, não contributivas, aos mais desfavorecidos. É característico de países com um modelo misto, como a França e a Bélgica (Rodrigues et al, 2002).

Os modelos organizacionais de Beveridge e Bismark só se conseguiram desenvolver com uma forte intervenção do Estado, responsável pela definição de um conjunto de regras específicas para o sector - conjunto de serviços mínimos e negociação de condições para o trabalho médico.

Não obstante, no final da década de 1980, devido à crise económica, e sobretudo devido ao contexto político-ideológico, supramencionado, e à ascensão de políticas liberais, começam a surgir críticas em relação à responsabilidade exclusiva do Estado na protecção das políticas sociais e na promoção do bem-estar (Carapinheiro & Côrtes, 2000). Esta contestação faz com que no início da década de 1990, muitos países europeus fossem induzidos a introduzir reformas no sector da saúde, mudanças consideradas fundamentais e de grande repercussão, e que tinham como objectivo uma melhoria na eficiência global, na equidade e na eficácia de seus sistemas de saúde (Carvalho, 2009). Estas reformas tiveram, deste modo, uma componente macro e microeconómica, cujo objectivo era gerar um menor custo, mais incentivos à qualidade no atendimento e à satisfação dos utilizadores.

É, então, a partir da introdução destas reformas, que emergem na União Europeia (UE) várias alternativas organizacionais no sector da saúde, estando estas dependentes dos modelos de financiamento e organização dos cuidados vigentes em cada país, a que fizemos referência. É, no entanto, possível identificar nos vários sistemas de saúde na EU uma matriz comum de mudanças. Países como a Finlândia, a Suécia ou Reino Unido, que apresentam sistemas de cuidados de saúde públicos nacionais, começam gradualmente a aplicar medidas que incluem diversas formas de competição entre prestadores e financiadores e que têm como objectivo uma aproximação ao sector privado. Outra preocupação comum tem sido a contenção de custos com os recursos humanos. Pelo que se pode depreender que estas medidas prendem-se, essencialmente, com o financiamento, com aspectos estruturais e de organização de trabalho (Carvalho, 2009).

Neste contexto, iremos, no próximo ponto do capítulo abordar a NGP na AP portuguesa e a forma como esta tem produzido transformações no sector da saúde, e mais especificamente nas relações contratuais dos profissionais de saúde. Pelo que, e após termos analisado de forma breve, a evolução da AP no contexto europeu importa agora reflectir, de igual forma, sobre a realidade nacional. Assim, numa primeira fase iremos reflectir, sobre o contexto da AP, em geral, para depois nos concentrarmos, de uma forma mais particular, no contexto da saúde.

## 2. A administração pública em Portugal

### 2.1 Evolução e reforma da administração pública no contexto da nova gestão pública

Até meados dos anos 70, a reforma da AP em Portugal foi vista como uma mudança de estruturas, pelo que, embora se tenha constatado nestas últimas três décadas (1970, 1980 e 1990) tentativas de desenvolvimento de reformas mais aprofundadas, estas nunca foram completas. As várias tentativas e propostas de reforma, até 1974, foram reduzidas e com poucos resultados. É com a introdução da democracia que surge, não só a necessidade de desenvolvimento económico, mas, também, a necessidade de implementação de mudanças económicas e sociais que serviram para impulsionar a transformação do país no sentido da construção do Estado do bem-estar social.

O que se presencia é que as reformas na AP ocorreram numa altura e num contexto diferente daquele que caracterizava os países de OCDE, ou seja, Portugal apresentava uma crescente intervenção do Estado, principalmente, na construção e consolidação do modelo do Estado Social (saúde, segurança social, educação e habitação), enquanto na maioria dos países da OCDE já se tomavam medidas para reduzir a sua intervenção, assistindo-se mesmo ao seu desmantelamento (Araújo, 2005).

É na década de oitenta que se começa a definir um modelo de Estado e de AP. A introdução desta nova orientação política conduziu a reduções orçamentais, que tiveram como principal objectivo, a economia e a eficiência de utilização dos recursos financeiros. Estas reduções orçamentais pressionaram de tal forma o funcionamento dos serviços e o investimento público, que conduziram à contenção da despesa pública, acompanhada pela racionalização das actividades do Estado, iniciadas com a reforma do Sistema Nacional de Saúde (SNS), seguindo-se-lhe outras áreas, nomeadamente, a Educação e a Segurança Social (Araújo, 2002).

A partir de 1986, com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE) dá-se início ao processo de “europeização” da AP portuguesa, conduzindo a um novo ciclo de reformas das estruturas nacionais (Magone, 1997). A própria contestação do modelo tradicional criou a necessidade de introdução de um programa de modernização na perspectiva de reduzir as formalidades e aumentar a transparência administrativa. Esta reforma tinha três objectivos principais: melhorar a relação entre a Administração e os cidadãos; reduzir os custos das obrigações e formalidades administrativas; e melhorar a formação dos funcionários públicos (Araújo, 1993).



A partir de 1995, as reformas são dominadas pelo paradigma gestor, principalmente com os governos socialistas, submergindo, nesta altura, também, uma forte influência das ideias da “Terceira Via” – preocupação com a qualidade dos serviços públicos, relação administração/cidadãos, inovação no fornecimento de serviços públicos e maior envolvimento/participação das organizações sem fins lucrativos, na implementação das políticas públicas. Medidas que procuraram dar ênfase à reforma. Nesta fase, identificavam-se quatro características fundamentais da matriz gestora: a orientação para os resultados e clientes; o esforço para mudar os valores e atitudes; a qualidade nos serviços e a procura de melhor desempenho; e a preocupação com o pragmatismo. Conceção que já revelava uma preocupação na redução dos custos, desburocratização e ausência de intervenção do Estado. É, também, neste período, que se verifica, em alguns sectores, um considerável desenvolvimento das parcerias entre a AP e o sector privado, em particular as parcerias com o denominado terceiro sector para a implementação das políticas sociais (ex: implementação do Programa da Rede Social) (Araújo, 2002).

O que se verifica é que a introdução, na AP portuguesa do novo movimento da reforma administrativa NGP, a que se fez referência anteriormente, é, essencialmente, devido a factores económico-financeiros e ideológico/políticos, à falência do próprio modelo e às pressões internacionais (Rodrigues & Araújo, 2005), factores que, também, estimularam a introdução deste modelo noutros países europeus. O que se pretendia, nesta altura, era que o novo modelo de AP empresarial ajudasse na aplicação das políticas de mercado e os seus princípios, ou seja, minimizando os meios e maximizando os resultados, adaptando-a a novas formas organizacionais, de forma a responder às constantes exigências da sociedade.

É, desta forma, segundo Marques (2000), que os vários processos de modernização na AP têm passado, principalmente, pela reformulação dos processos de gestão, com vista à sua mudança organizacional. No entanto, esta mudança (inserção de processos de gestão na actividade das organizações públicas) tem-se deparado com algumas dificuldades na distinção entre o que é a gestão propriamente dita e os procedimentos políticos. Por outro lado, também se verifica que as organizações públicas estão sujeitas a uma legislação demasiado compacta e rigorosa, limitando, de forma assinalável, o seu funcionamento interno (Marques, 2000).

Na perspectiva de Rocha (2007), a introdução da NGP conduziu à coexistência de três modelos na AP em Portugal:

- i. O modelo tradicional ou burocrático – que confronta leis e procedimentos administrativos a valores e a pessoas em concreto. Faz a separação dos políticos e administradores públicos e afirma-se pela racionalidade do «homem administrativo»;
- ii. O modelo liberal ou de menor Estado – que se assume como um modelo desestatizado, desregulado. Está centrado numa AP mínima, sujeita ao rigoroso controlo político, afirmando-se pela racionalidade do «homem económico»;
- iii. O modelo do novo serviço público ou do Estado parceiro do cidadão – nasce do modelo tradicional, evoluindo e integrando aspectos positivos posteriores; na dicotomia entre a boa gestão pública e a boa democracia.

É, então, a partir da influência da NGP na reforma administrativa em Portugal, e da introdução da medição do desempenho e dos respectivos indicadores, que se criaram condições para introduzir as ferramentas de gestão privada nas organizações públicas que, por sua vez, terão a sua influência na gestão/desempenho dos hospitais públicos, a partir de 2003.

## 2.2 Evolução e reforma do Sistema Nacional de Saúde no contexto da nova gestão pública

Durante vários anos, a prestação de cuidados de saúde em Portugal centrou-se, essencialmente, nas actividades das organizações públicas de cuidados, os hospitais e os centros de saúde.

Na década de 1950, Portugal, encontrava-se geográfica e culturalmente isolado da Europa, mantendo-se à margem do direito à saúde e do movimento de institucionalização das políticas sociais, que se verificava na maioria dos países europeus. As práticas do Estado Novo, relativamente à Segurança Social e à Saúde, tinham por base uma atitude de caridade paternalista. Ao Estado apenas competia um papel complementar das acções de solidariedade ético-religiosas, sintetizada no lema “dos que podem aos que precisam”, que foi resistindo durante muito tempo (Barros, 2004, p.53).

Com a criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1979, baseado no modelo da AP portuguesa, os hospitais e os centros de saúde passaram a ser parte integrante deste. O seu orçamento passa ser financiado pelo Governo e os seus recursos humanos integrados no regime da função pública (estrutura, forma de funcionamento, financiamento e modelo hierárquico). A gratuidade e universalidade dos cuidados de

saúde deram origem a uma expansão de serviços de saúde a nível nacional, com importantes reflexos no orçamento de Estado (OPSS, 2008).

Actualmente, em Portugal, considera-se a Saúde como um “direito” e um “dever”, mas nem sempre foi assim. A Constituição da República Portuguesa só consagrou a partir de 1989 o direito à Protecção da Saúde (Artigo 64º), assim como outros princípios que lhe dizem respeito: o Direito à Vida (Art. 24º), o Direito à Integridade Pessoal (Art. 25º), o Direito ao Ambiente e Qualidade de Vida (Art. 66º), etc. O direito à protecção da saúde concede a possibilidade de obter do Estado prestações ou serviços que permitam a sua efectivação, implicando, por isso, um dever do Estado. Este direito não impõe apenas ao Estado a obrigação de criar condições para a protecção da saúde, mas também lhe impõe que se abstenha de actuar de forma a prejudicar ou fazer perigar a saúde dos cidadãos (Barros, 2004).

Para entendermos melhor a evolução do sistema nacional de saúde português não nos podemos alhear de determinados períodos políticos, os quais tiveram influência no seu desenvolvimento e formato actual. Assim, ao longo destes últimos 50 anos, Portugal teve vários períodos de desenvolvimento das políticas de saúde pública a nível nacional, que se revelaram importantes, e que vários autores têm procurado caracterizar.

Para compreendermos toda a envolvimento evolutiva de cada um destes períodos, será importante reflectir um pouco sobre os mesmos, com objectivo de analisar o desenvolvimento do sistema nacional de saúde (SNS) em Portugal, e integrá-lo na própria evolução política nacional. Esta reflexão terá em conta a opinião de vários autores e focará cinco períodos distintos, anteriormente referidos, não esquecendo os acontecimentos mais recentes.

### 2.2.1 O sistema de saúde português (estabelecimento e expansão) entre 1970 e 1980

A reforma do SNS, com início no ano de 1971, em que assumem particular relevo os Centros de Saúde (mais tarde denominados de “cuidados de saúde primários”), embora limitada, permitiu criar as bases para a implementação do futuro SNS. Com a nomeação de um governo democrático em Abril de 1974 e a aprovação da Constituição Portuguesa, em 1976, começam a ser formuladas as primeiras políticas sociais que deram origem à criação do SNS. O SNS surgiu como resposta à necessidade de uma cobertura mais extensa e equitativa de serviços de saúde, cujo objectivo é a universalidade, a generalidade e a gratuitidade (regulado pelo Decreto-lei nº 56/79, de

26 de Agosto, constando desde 1976 na Constituição Portuguesa a protecção à saúde pelo Artigo 64º) (Baganha et al, s.d.).

É neste contexto que entram em vigor dois Decretos-lei que vêm alterar a forma como a saúde era encarada pelos cidadãos, o Decreto-lei nº 413/71, de 27 de Setembro (dá acesso a todos os cidadãos, o direito à saúde) e o Decreto-lei nº 414/71 de 27 de Setembro (organiza de uma forma mais completa o Ministério da Saúde e de Assistência, passando o Estado a ter um papel mais interventivo quanto à política da saúde e o seu cumprimento). Com a publicação, em 1971, da lei orgânica do Ministério da Saúde, criam-se os serviços centrais, regionais, distritais (Centros de Saúde e Hospitais) e locais, passando o Ministério da Saúde a controlar a aplicação da política de saúde através das Direcções Gerais de Saúde e dos Hospitais.

A forma organizativa do SNS demorou cerca de dez anos a ser desenvolvida, em parte devido à existência de várias contradições e oposições internas entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000). A grande variedade de objectivos e a dependência das suas despesas do Orçamento Geral do Estado fez com que se criassem um conjunto de fragilidades estruturais nos serviços públicos (gestão financeira, modernização dos seus modelos de organização, falta de regras entre os interesses públicos/privados, dificuldade de acesso e de eficiência) (OPSS, 2001).

A partir dos anos 80, a intervenção no SNS procurou privilegiar as unidades de saúde primários, reorganizar a rede hospitalar e reestruturar as carreiras médicas e de enfermagem (Baganha et al, s.d.). Destacam-se a publicação do Decreto-lei nº 310/82 de 3 de Agosto, que estrutura a carreira do médico de clínica geral e desenvolve o controlo da medicina privada e dos produtos farmacêuticos, e o Decreto-lei nº 254/82 de 29 de Junho, que cria as Administrações Regionais de Saúde, em substituição das Administrações Distritais dos Serviços de Saúde.

Contudo, a implementação dos centros de saúde acaba por ficar incompleta devido à falta de recursos financeiros, não se atingindo os objectivos iniciais, que eram o de melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica. Deste modo, os centros de saúde de 1ª geração, que estavam orientados mais para a área da saúde pública acabam por ser fundidos com os postos das Caixas de Previdência, criando-se os centros de saúde de 2ª geração. É um período importante no desenvolvimento das bases do SNS, mas, ao mesmo tempo, um período difícil na introdução de reformas, devido a uma situação económica menos favorável da economia portuguesa, assistindo-se a um

sub-financiamento, que vai criar limitações no financiamento das reformas sociais (OPSS, 2008).

### 2.2.2 Regionalização do SNS e novo papel para o sector privado (1980-1995)

Este período ficou marcado pela estabilidade política e pela entrada de Portugal na União Europeia, em 1986. O financiamento da União Europeia vem permitir o desenvolvimento das infra-estruturas de saúde, sociais e económicas, obrigando a alterações de gestão e de organização para melhorar a efectividade e a eficiência do sector da saúde.

No entanto, embora este período de desenvolvimento fosse muito positivo, constata-se a ocorrência de novas preocupações, tais como (OPSS, 2008): a passagem do SNS a rede de cuidados de saúde (promulgação da Lei de Bases da Saúde, em 1990); a definição do SNS como um sistema de saúde num contexto mais amplo; a promulgação de legislação com o objectivo de estimular o sector privado, na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde; a regionalização e integração do SNS (em 1993, são criadas cinco regiões administrativas de saúde, denominadas Administrações Regionais de Saúde); a criação de “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde, cujo objectivo é melhorar a integração entre cuidados primários, secundários e terciários; a criação, em 1990, das taxas moderadoras para todos os utentes, à excepção dos grupos de risco e economicamente desfavorecidos; e a tentativa de aumentos salariais de forma a estimular os profissionais de saúde a optar entre os serviços públicos e privados (esta medida terá um impacto limitado, por não ter sido aplicada na sua totalidade e pela sua descontinuidade ideológica).

Este foi também um período de descentralização e integração dos serviços de saúde financiados com recursos públicos (Carapinheiro & Cortês, 2000).

### 2.2.3 A “Nova Gestão Pública - New Public Management” no SNS (1995-2002)

Este período corresponde, em termos políticos, a um ciclo político de minorias parlamentares, sem coligações políticas, pelo que qualquer agenda política tinha que ser negociada, tornando-se difícil a implementação de reformas.

É neste contexto que é adoptado um processo de reforma cauteloso, centrado em princípios da NGP aplicada à reforma do SNS. Os contornos desta adopção podem ser resumidos da seguinte forma (OPSS, 2008): em 1996, faz-se a separação entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde e os sistemas locais de saúde. São

criadas as “Agências de Contratualização” para uma melhor capacidade de análise, negociação e decisão na distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde. Contudo, e apesar de, a legislação apoiar a melhoria de coordenação das actividades de saúde, localmente, esta nunca chegou a ser aplicada; entre 1996 e 1999, os objectivos (médio/longo prazo) eram o aumento de qualidade na saúde e a modernização dos serviços, interrompida no final de 1999, devido ao início de funções de outro governo. Em 1998, surge uma política de recursos humanos, a qual propõe a criação de mais escolas de medicina públicas para reforçar o ensino de enfermagem e promover a investigação e a coordenação entre as várias instituições responsáveis pela formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde; entre 1999 e 2001, são decididas novas formas de gestão dos hospitais e centros de saúde, com vista a estimular uma maior flexibilidade e autonomia. É o início da empresarialização. Assiste-se à reorganização dos cuidados de saúde primários à adopção de sistemas de remuneração associada ao desempenho de novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infra-estruturas de informação. O processo referente aos centros de saúde é interrompido em 2000. Contudo, assiste-se a um investimento muito forte, ao nível da saúde pública regional e local. São criados os Centros Regionais de Saúde Pública e o Instituto da Qualidade em saúde, de forma a implementar uma nova estratégia de promoção da qualidade no sector da saúde. Entram em vigor os planos Directores Regionais para os hospitais e centros de saúde do SNS e as Parcerias Público-Privadas (PPP), de forma a facilitar a construção de novos hospitais.

Esta reforma centrada num novo paradigma aplicada, deu origem a que actualmente a rede de prestadores de cuidados de saúde e as novas formas de coordenação e financiamento das unidades de saúde entrecruzem os sectores, público, privado e social, emergindo novos agentes no sistema de saúde.

#### 2.2.4 Orientação empresarial e proximidade à liberalização (2002-2005)

Este período corresponde em termos políticos, a um ciclo político liderado pelo Partido Social Democrata, traduzindo-se em várias acções no sector da saúde como: o lançamento do Plano Nacional de Saúde, a criação de Hospitais SA, a regulamentação das PPP, a criação do Programa Especial de Combate às listas de Espera Cirúrgicas, a introdução dos medicamentos genéricos, do preço de referência e da receita renovável, da reorganização dos cuidados de saúde primários (decreto-lei aprovado, mas não aplicado nesta legislatura), e a criação da Entidade Reguladora da Saúde.

Este período combinou a expansão e a reorientação das políticas (hospitais como empresas públicas, PPP e promoção de medicamentos genéricos) como uma nova forma de encarar os papéis dos sectores: público, privado e social. Transformou-se o sistema de saúde actual numa rede de serviços prestadores de cuidados de saúde, introduzindo-se a livre escolha de serviços de saúde, de acordo com as suas necessidades e financiamento público, após negociação com o Ministério da Saúde e os serviços de cuidados escolhidos. O acesso a cuidados de saúde passa a ser entendido como uma prioridade, destacando-se a recuperação e eliminação das listas de espera cirúrgicas, a curto prazo. É ainda, neste período que é adoptada nova legislação (finais de 2002) com o objectivo de introduzir: a gestão hospitalar (em 2003, aproximadamente 30% dos hospitais públicos portugueses tornam-se empresas públicas SA, correspondendo a cerca de 50% das camas no sector público), dando-se início à empresarialização hospitalar; a organização dos centros de saúde, que inclui a possibilidade destes serem geridos por cooperativas profissionais, sector privado e/ou sector social; uma política do medicamento (prescrição de medicamentos genéricos associados a preços de referência) com a intenção de diminuição da despesa pública; e uma nova “entidade reguladora” para a saúde, com objectivo de estimular o desenvolvimento de uma nova PPP social, na prestação de cuidados de saúde (OPSS, 2008).

Neste período, também é dado enfoque à reorganização das urgências, ao desenvolvimento de infra-estruturas de cuidados continuados, à criação de uma “tabela de preços para a saúde” (para tributar os cuidados de saúde públicos), a incentivos financeiros para melhorar a produtividade no sector público, à disponibilização de informação pública sobre o desempenho de hospitais e centros de saúde, e a incentivos fiscais com o intuito de estimular o desenvolvimento de seguros de saúde privados.

#### 2.2.5 Desenvolvimentos mais recentes (2005-2009)

Este período, em termos políticos, corresponde a um ciclo político liderado pelo Partido Socialista, que tinha como prioridade um conjunto de objectivos e medidas, que pretendiam a melhoria da eficácia e acessibilidade aos cuidados de saúde, centralizando o cidadão no sistema de saúde. Os centros de saúde voltam a assumir-se como um elemento estruturante e impulsionador da mudança. A contratualização volta a ser valorizada. Dá-se início, à reforma dos cuidados de saúde primários, na qual se destaca: a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) - decreto-lei 28/2008, de 22 de Fevereiro; a racionalização da rede de cuidados,

como o encerramento de blocos de partos; a transformação de hospitais SA em EPE; a criação de agrupamentos hospitalares; a requalificação das urgências; e a criação de uma rede de cuidados continuados (OPSS, 2009).

Ainda neste período, é decidida a liberalização da propriedade das farmácias, a venda livre de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, a possibilidade de se constituírem farmácias nos hospitais do SNS, a criação de taxas “moderadoras” (internamento e cirurgias de ambulatório), e a optimização do sistema de acompanhamento ao programa de combate às listas de espera.

Em 2008, as prioridades são: a (re)qualificação do SNS; o aumento da confiança aos cidadãos e profissionais de saúde; uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde primários (implementação das USF e dos ACES); a criação de unidades de cuidados continuados integrados e apoio social às necessidades dos utentes com dependência temporária ou prolongada; e um acesso mais facilitado aos cuidados hospitalares (cirurgia, consultas externas e urgência); e abertura de farmácias de venda ao público nos hospitais do SNS.

Segundo este novo modelo de gestão pública, o Estado, passa a ser só responsável pela contratualização de serviços e seu financiamento, divorciando-se do papel de entidade empregadora e/ou patronal e de todas as despesas a ela inerentes (despesas de aposentação, doença, subsídios, etc.). As reformas na saúde passam, desta forma, a centrar-se, na inserção de métodos de gestão privada nos hospitais e na criação de um quase-mercado através de contratos (Araújo, 2005), utilizando mecanismos de tipo de mercado como os preços, e procurando tornar os serviços públicos mais idênticos aos do sector privado, nomeadamente, no que se refere à eficiência, escolha, responsabilização e qualidade” (Ferlie, Pettigrew, Ashburner & Fitzgerald, 1996; Araújo, 2005).

Assim, as reformas na saúde tiveram apenas um objectivo, a concorrência entre serviços prestadores na saúde, promovendo, tal como o sector privado, uma utilização dos recursos de uma forma mais eficiente e eficaz, de forma a aumentar a qualidade nos serviços prestado ao cidadão (Araújo, 2001). O financiamento da saúde deixa de estar dependente do orçamento de Estado, mas a estar dependente da contratualização com o SNS (a prestação de serviços dos cuidados de saúde). É o princípio da separação entre o financiador e o prestador de serviços.



## **CAPÍTULO II: RECURSOS HUMANOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

### **1. Quadro geral da evolução dos recursos humanos na administração pública**

Após ter analisado, a evolução e reforma da administração pública e do Sistema Nacional de Saúde no contexto da nova gestão pública. É, igualmente importante reflectir sobre a evolução dos Recursos Humanos na Administração Pública, de uma forma genérica, e em particular, na realidade nacional.

#### **1.1 Os diferentes períodos de evolução histórica**

Tradicionalmente considerava-se que existia uma forma óptima de gerir os recursos humanos. A um trabalho correspondia um conjunto de tarefas para o qual se escolhia o pessoal mais adequado ao desempenho dessa tarefa, treinando-o para o efeito (Taylor, 1911; Rodrigues, s.d).

É no início do século XX, com a Revolução Industrial, que surgem as primeiras práticas de gestão de recursos humanos, devido a determinados factores, como: a complexificação da força de trabalho, a mudança de paradigma no mundo empresarial, e a transformação de contexto em que os negócios se desenvolviam, designadamente ao nível das condições económicas, sociais e inovações tecnológicas. Na perspectiva de Cabral-Cardoso (2004) a gestão dos recursos humanos surge associada a uma mudança de estratégia baseada no empenhamento dos trabalhadores, caracterizando-se por uma abordagem diferente em termos de qualidade, flexibilidade da força-de-trabalho, reforço do trabalho de equipa, investimento em formação, e processos de recrutamento e selecção.

Para autores como McKee (1997), Legge (1995) e Torrington (1989), compreender a evolução e o papel desempenhado pelos seus “especialistas”, na política de gestão de recursos humanos nas organizações é reflectir na tensão entre duas orientações potencialmente incompatíveis entre si: a do “controle” e o “cuidar”. Pelo que, nas últimas seis décadas, devido às mudanças de paradigma, podem-se nomear quatro grandes períodos evolutivos: Mecanicista; Legalista; Organicista; Estratégico; e Catalítico (McKee; 1997).

- *Período Mecanicista (anos 40-50)*: anterior à II Grande Guerra Mundial, é um período dominado pela indústria de manufacturação e relações laborais conflituosas, e no qual predominava o paradigma da eficiência trabalhador versus máquina. Nesta altura predominavam os modelos clássicos de gestão, que embora fossem diferentes nas suas

orientações e princípios básicos (racionalidade e eficiência), estavam garantidos pela Organização Científica do Trabalho e pela Gestão Administrativa, em contraste com a preocupação com o trabalhador enquanto pessoa, característica do Movimento de Relações Humanas - promoção da eficiência e produtividade ao mais baixo custo;

- *Período Legalista (anos 60-70)*: é um período de grande produção legislativa nas áreas social e do trabalho, tendo em vista a regulamentação da contratação colectiva, as normas das empresas, e as relações laborais. É neste período que as decisões jurídicas começam a incorporar valores sociais, de saúde, de segurança no trabalho, de igualdade e de oportunidade. Surgem as áreas de formação, desenvolvimento e mudança organizacional (Legge, 1995; Brewster et al., 2003), procurando-se a aceitação de diferentes critérios de sucesso assentes em valores sociais em paralelo com valores de negócio. A introdução e desenvolvimento das novas tecnologias na função de pessoal leva ao aparecimento dos primeiros sistemas de informação aplicados à gestão de pessoal (ex: bases de dados de processamento de salários) (Brewster et al., 2003);

- *Período Organicista (anos 80)*: é um período profícuo em alterações de relevo na forma de gerir os negócios e as organizações, surgindo termos técnicos como: fusões, aquisições, reengenharia e “*downsizing*”. O paradigma dominante é a competitividade empresarial, colocando os profissionais responsáveis pela gestão das pessoas, perante vários desafios (Brewster et al., 2003; Cabral-Cardoso, 1999).

- *Período Estratégico (anos 90)*: período fértil no crescimento de novas estruturas organizacionais em rede (*Web, networks*) e matriciais, cujo objectivo é melhorar e adequar-se à competitividade dos mercados globais em que intervêm, tornando-se a emergência do planeamento estratégico a actividade mais proeminente para lidar com este contexto (Sparrow & Marchington, 1998). A gestão dos recursos humanos passa a estar integrada no planeamento estratégico da empresa, sendo a mesma pró-activa e desenvolvida numa perspectiva de longo prazo (Guest, 1999); Neste período a mudança de paradigma nas organizações assentou sobretudo na transformação de uma lógica produtivista, para uma lógica de competitividade e flexibilidade, forçando os trabalhadores a entrarem neste processo (Torrington, 1989; Cabral-Cardoso, 1999).

- *Período Catalítico (a partir do ano 2000)*: período dominado pelo(a): aumento do emprego (entre fronteiras) e procura de trabalhadores com capacidade de se adaptar e

mover entre diferentes culturas; introdução, aumento e desenvolvimento de modalidades de emprego flexível; aumento da subcontratação de funções e procura de profissionais “*just-in-time*”; diminuição de organizações como resultado de fusões e aquisições inerentes à globalização, dando maior relevo ao trabalho em equipa, e a uma maior diversidade de práticas e sistemas de remuneração e compensação. Brewster et al. (2003), reconhecem que devido a este novo enquadramento a organização do trabalho foi sendo alterada, emergindo e desenvolvendo-se novas modalidades a vários níveis, novas relações entre a empresa e o trabalhador, o profissional e o conceito de trabalho; situação de emprego ou desemprego. Estas mudanças, são também visíveis nas relações entre os principais “*stakeholders*” com os governos, sindicatos e outras instituições externas. Para estes autores, no actual momento de mudança, o desafio na gestão de recursos humanos coloca-se na capacidade de dar resposta às novas modalidades de organização de trabalho e de contrato psicológico, baseando-se o desenvolvimento de novas modalidades de parceria na relação de trabalho e de novas flexibilidades dentro das organizações.

Em Portugal, a gestão de recursos humanos também passou por um processo evolutivo, tal como nos restantes países, pelo que os pontos seguintes surgem com o objectivo de abordar a evolução das políticas de gestão de recursos humanos no contexto nacional, nos sectores privado e público.

## 1.2 Evolução e reforma das políticas de gestão dos recursos humanos em Portugal, no sector privado.

No período anterior, à revolução de Abril de 1974, devido ao papel controlador do Estado, os sindicatos, como representantes dos trabalhadores, tinham pouca força para apresentar as suas reivindicações. Nesta altura, os gestores das empresas também não demonstravam muito interesse em ter especialistas na área dos recursos humanos, pelo que, também, as universidades não se sentiam estimuladas a promover cursos nesta área (Cunha & Obeso, 2004; Moreira, 2005).

Após a revolução de Abril de 1974, e a nacionalização das principais empresas, os sindicatos começam a assumir um papel mais activo e reivindicativo nas relações laborais com as administrações das empresas (Noronha *et al.*, 1993; Cerdeira, 1997).

Com a adesão de Portugal à União Europeia, em 1986, criam-se novas condições de funcionamento e desenvolvimento da sociedade e da economia portuguesa (Cerdeira, 1997), incentivando o aumento da competitividade a nível nacional, assistindo-se a um

período de recuperação económica com aumento de salários reais e diminuição do desemprego. É neste período que o sindicalismo de negociação é reforçado em detrimento do sindicalismo de classe, efectuando-se o primeiro acordo de concertação social na história das relações laborais portuguesas (Lane, 2000).

A privatização de várias empresas públicas, faz com estas optem pela via da reestruturação no sentido de valorizar os seus recursos humanos, pelo que a partir deste momento começa a surgir a necessidade de contratar gestores de recursos humanos com uma maior especialização. Surge a preocupação da competitividade e da flexibilidade. A modernização das empresas leva à substituição do conceito “Gestão de Pessoal” pelo de “Gestão de Recursos Humanos”, surgindo novas práticas como a renumeração associada ao desempenho e o recurso a consultores externos (Cabral-Cardoso, 2004; Moreira, 2005).

No entanto, e na perspectiva de Brewster e Mayrhofer (2000), apesar do desenvolvimento estrutural e económico, em Portugal, ainda poucas empresas apresentam uma estratégia de recursos humanos formal ou uma representação efectiva ao nível do Conselho de Administração da empresa.

### 1.3 Evolução e reforma das políticas de gestão dos recursos humanos em Portugal, no sector público.

Quando efectuamos uma revisão da literatura, constatamos que das várias tentativas de reforma administrativa em Portugal, antes de 1974, a mais relevante foi a que se realizou em 1935, a qual incidiu, essencialmente, sobre os recursos humanos. Depois de 1974, com a introdução da democracia e com a necessidade de desenvolvimento económico surge também a urgência de reformas económicas e sociais. É nos finais da década de setenta que se começa a construir e a consolidar o modelo de Estado, nomeadamente a saúde, a segurança social, a educação e a habitação. No entanto, só a partir da década de oitenta é que fica definido um modelo de Estado e de AP. A partir de meados da década de oitenta as reformas aplicadas têm como orientação um modelo diferente daquele que tinha sido aplicado até então, assistindo-se a uma mudança de paradigma na AP. Assim, com o modelo tradicional de Administração posto em causa emerge uma nova orientação que coloca os cidadãos no centro da reforma (Araújo, 2005). Segundo Corte-Real (2002) este programa de modernização tem um único objectivo, a redução das formalidades e o aumento da transparência administrativa.

Deste modo, podemos entender que a adaptação contínua das instituições da AP a novas formas organizacionais surge como resposta às constantes exigências da sociedade. E que a crescente influência da NGP, em Portugal, vem promover a redução da despesa pública, sugerindo a aposta nos contratos a prazo e o encorajamento da concorrência entre prestadores públicos e privados, entre outras propostas com o mesmo sentido. Reformas que já tinham sido aplicadas na maior parte dos países da OCDE, e que tiveram, também, como objectivo a contenção da despesa pública e a obtenção de melhorias de eficiência pública, com aumentos do bem-estar geral. (OCDE, 2003).

É também neste período de reformas que se verifica a estruturação dos recursos humanos na AP, cujas alterações levantaram questões por vezes polémicas, tais como: o estatuto do emprego público, a segurança do emprego, a recompensa pelo mérito e desempenho, a redução dos efectivos do sector público, entre outras questões.

Para Joaquim Araújo, as reformas tiveram um único objectivo, a mudança do modelo estatutário na AP portuguesa, modelo que transmitia excesso de garantias e rigidez dos instrumentos disponíveis. O que na opinião deste autor eram dois motivos fortes para criar dificuldades na gestão de recursos humanos. Assim, as alterações legislativas produzidas visaram sobretudo a introdução de mudanças no sistema de carreira, nos métodos e procedimentos de recrutamento, no sistema retributivo e na promoção da mobilidade de pessoal (Araújo, 2005). No entanto, e apesar das alterações introduzidas pela legislação, as carreiras mantiveram-se praticamente como o único instrumento de gestão de pessoal o que, segundo Rocha (2001), impede uma articulação entre a gestão de recursos humanos e os objectivos da modernização administrativa.

A importância dada à reforma e modernização têm variado ao longo do tempo, verificando-se por vezes alguma latência temporal entre a sua aplicação e o seu surgimento, e nem sempre tendo em conta a especificidade da AP portuguesa, a sua realidade e a tipologia dos recursos humanos (Mozzicafreddo, 1992). Para Nolasco (2004) a melhor forma de compreendermos a modernização administrativa da AP é enquadrá-la em três períodos, de acordo com a função dos governantes e as suas orientações políticas.

O primeiro período (entre 1986 e 1995), diz respeito aos Governos constitucionais do Professor Cavaco Silva, cuja prioridade era desburocratizar e privatizar.

O segundo período (entre 1995 e 2004) e terceiro período (entre 2002 e 2004), dizem respeito ao Eng. António Guterres. Entre 1995 e 2002, a prioridade foram a

desregulamentação, a abertura e proximidade ao cidadão, a descentralização e a implementação do modelo de excelência (lojas do cidadão). Entre 2002 e 2004, a prioridade foi o estatuto, a avaliação dos funcionários públicos e as renumerações dos dirigentes (aproximação ao modelo de gestão privado). Com a tomada de posse do Eng. José Sócrates, no XVII Governo Constitucional, dá-se continuidade ao terceiro período.

Embora se verifiquem algumas diferenças na forma de actuação dos vários governos constitucionais, também existem alguns pontos comuns entre eles, tais como: o controlo do crescimento da administração pública (contenção na contratação de novos colaboradores), a participação, formação e aumento das competências e qualificações académicas dos funcionários públicos, e a introdução da avaliação de desempenho com base no mérito e na produtividade, com implicações na promoção e remuneração.

No que diz respeito à reforma na gestão dos recursos humanos, o XVII Governo Constitucional, considerou-a como ponto fundamental para a modernização da AP. Pelo que, investiu na introdução de novos métodos de organização com o objectivo de alterar comportamentos e métodos de trabalho. Adoptou um novo regime de emprego público e um novo modelo de gestão de recursos humanos de acordo com as necessidades efectivas dos serviços, reforçando as condições de mobilidade voluntária dos funcionários dentro da AP. Pretende-se uma maior operacionalidade e flexibilidade na gestão dos recursos humanos na AP. Flexibilização que é apoiada pela aprovação da Lei nº 23/2004, a qual vem regular o regime do contrato individual de trabalho, adoptando regras de direito comum à AP, procurando ser uma alternativa ao regime da função pública. O regime de contrato individual de trabalho reúne três modalidades de contratação: contrato por termo indeterminado, contrato de trabalho a termo certo e contrato de trabalho a termo incerto.

A par desta flexibilidade, este novo regime, também atribuiu uma maior importância à monitorização e responsabilização dos actos praticados, como forma de conter a evolução da despesa. Mantém os objectivos da legislatura anterior em relação à redução de despesas com o pessoal, procurando contrariar o crescimento sustentado do número de funcionários registado em Portugal nas últimas décadas. É neste quadro ideológico que surgem o novo sistema de avaliação dos serviços, dirigentes e funcionários públicos (Decreto Regulamentar nº19-A/2004) e os novos regimes de vinculação, carreiras e renumerações (Lei nº 12-A/2008), que constituem para o Governo os pilares jurídicos do novo regime do emprego público. Estas alterações legislativas têm implicações nos mais diversos níveis na reforma do emprego público

(tabela salarial única, regime de contrato de trabalho em funções públicas, estatuto disciplinar, estatuto do pessoal dirigente, legislação sobre os procedimentos de selecção, fusão de carreiras gerais e regimes das carreiras especiais).

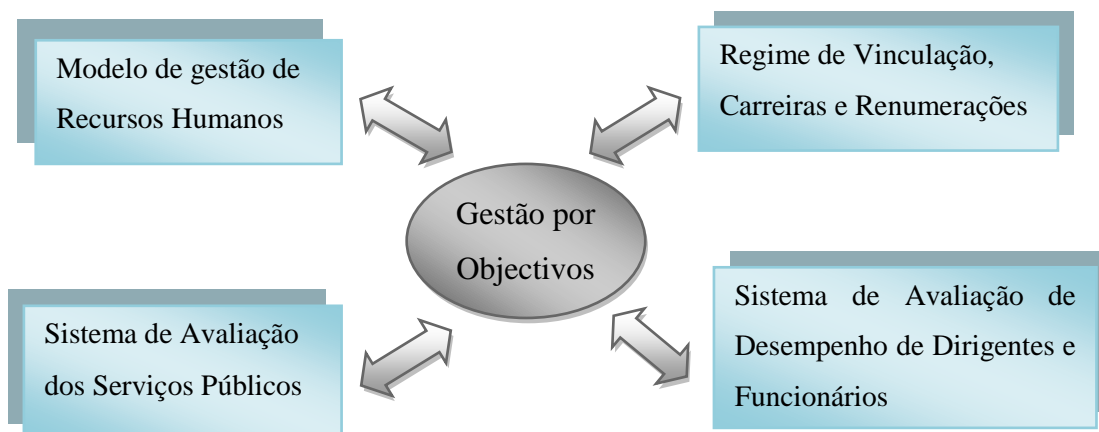
O novo regime de vínculos prevê exclusivamente dois tipos de vinculação: por nomeação e por contrato. A nomeação, até agora considerada como o vínculo normal, passa a ser apenas aplicável à prática de funções relacionadas com o exercício de poderes de soberania e de autoridade. Relativamente às restantes funções, passou a vigorar o regime de contrato de trabalho em funções públicas, que constitui uma adaptação do regime laboral comum às especificidades da AP. Os funcionários detentores de vínculo de nomeação que não exercem as funções relacionadas com o exercício de poderes de soberania e autoridade, é lhes aplicado o contrato de trabalho em funções públicas mantendo, contudo, os regimes de cessação da relação jurídica de emprego público, de aposentação e de mobilidade especial próprios da nomeação definitiva.

Em termos de carreiras, verifica-se a redução para três as mais de mil carreiras do regime geral e categorias isoladas actualmente existentes, mediante a fusão das anteriores em novas, apresentando estas, conteúdos funcionais mais abrangentes. Em relação às renumerações, passou a ser consagrada apenas uma tabela remuneratória única, na qual as mudanças de posição remuneratória passam a realizar-se em função da avaliação de desempenho e de critérios de gestão.

Esta reforma da gestão dos recursos humanos (RH) na AP conduziu à reorganização dos recursos humanos, com vista à racionalização da sua utilização e mobilidade, passando o seu planeamento a estar associado ao desenvolvimento de mapas de pessoal, de actualização anual e plurianual, para uma melhor gestão dos recursos disponíveis em cada serviço.

No que diz respeito às reformas no modelo de avaliação de desempenho e dos regimes gerais e especiais das carreiras, na AP (Lei n.º 66-B/2007 e Lei n.º 12-A/2008), os seus princípios orientadores de reforma passam por uma abordagem integrada centrada na gestão por objectivos, traduzidos de uma forma esquemática no quadro seguinte.

**Quadro 1** – Modelo de gestão por objectivos



**Fonte:** Ministério das Finanças e Administração Pública, 2007, p.10.

A reforma do modelo de avaliação de desempenho e dos regimes gerais e especiais das carreiras, na Administração Pública, pretende na sua essência, uma maior flexibilidade na gestão dos RH, nas opções de gestão, recrutamento, fixação de remunerações, monitorização e controlo das despesas com pessoal. Assim como, uma aproximação ao regime laboral comum e a sujeição ao mesmo regime em domínios fundamentais como: a relação de emprego público, independentemente do tipo de vínculo; a gestão de RH relacionada com a gestão por objectivos dos serviços e com os postos de trabalho necessários para as suas actividades; a manutenção de perspectiva de carreira para os trabalhadores; o reforço dos poderes de gestão dos dirigentes – mecanismos de responsabilização, fundamentação e transparência dos actos de gestão; a predominância da avaliação do mérito na evolução nas carreiras; o reforço das condições de mobilidade; o controlo anual das despesas com os RH da AP; e a revisão do regime de protecção social – convergência e protecção no desemprego nas vinculações não definitivas.

A publicação da Lei n.º 66-B/2007 de 28 de Dezembro vem instituir o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP) dos serviços públicos, dirigentes e trabalhadores. Este modelo pretende desenvolver uma cultura de gestão orientada para resultados com base em objectivos previamente estabelecidos como sejam: a auto-avaliação e auto-regulação, a mobilização em torno da missão essencial do serviço (objectivos e critérios de avaliação bem definidos); e a valorização dos níveis de desempenho, descritos no quadro seguinte.



**Quadro 2 – Modelo de gestão e avaliação de desempenho**



**Fonte:** Ministério das Finanças e Administração Pública, 2007, p. 5.

A publicação da Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, procede à alteração do enquadramento do trabalho subordinado na AP, estabelecendo um novo modelo de regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações. A modalidade de relação jurídica de emprego público da generalidade dos actuais funcionários públicos passa a ser o contrato de trabalho em funções públicas. As diferenças mais significativas entre as duas situações – funcionário e contratado – resultam da importância atribuída ao contrato, enquanto acordo de vontades como forma de constituição da relação jurídica de trabalho e à possibilidade da regulamentação ou da situação jurídica ser feita através de acordo colectivo de trabalho.

#### 1.4 Evolução e reforma das políticas de gestão dos recursos humanos em Portugal, no sector da saúde

Na definição de sistema de saúde do Relatório de 2000 da Organização Mundial da Saúde, considera-se recursos humanos da saúde/capital humano da saúde, todas as pessoas envolvidas em actividades cujo principal objectivo é a promoção, protecção ou a melhoria da saúde das pessoas e das comunidades (Martins, 2003).

É com esta visão que Biscaia et al (2003) consideram que o sector da saúde em Portugal continua a não apresentar uma política de recursos humanos nem um pensamento estratégico nesta matéria. Na opinião destes autores, uma política de recursos humanos da saúde é uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos, de forma a existir uma capacidade de resposta necessária para ir ao

encontro das expectativas de saúde presentes e futuras da população. E por outro lado, também deve responder às expectativas das pessoas que trabalham no sector da saúde, garantindo o seu bem-estar e qualidade de desempenho, valorizando as pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações, adequando instrumentos de incentivos a diferentes grupos de interesses, expectativas e motivações. Esta linha de orientação, obriga a determinar nos profissionais de saúde as suas necessidades e a assegurar a qualidade da sua “performance”, a par da avaliação articulada interministerial e da organização responsável pela sua formação (Biscaia et al, 2003).

É neste sentido, que a organização dos serviços de saúde do Estado Português, em 1971, cria os centros de saúde e define as carreiras do anterior sector da «saúde e assistência». Sendo assim, são criadas as seguintes carreiras: médicas (saúde pública e hospitalar); farmacêutica; de administração hospitalar; de técnicos de diagnóstico e terapêutica; de técnicos de serviço social; de auxiliares de laboratório; e de auxiliares sanitários (Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro). Em 1979, é criado o Serviço Nacional de Saúde e em 1982 é estabelecida a Carreira Médica de Clínica Geral. Na segunda parte da década de 1990 emergem as primeiras estratégias de saúde explícitas tendo em vista o desenvolvimento das profissões de saúde e a incrementação de experiências organizacionais diferentes nos centros de saúde.

A partir daqui começou a registar-se uma evolução dos recursos humanos no SNS, em termos quantitativos, a qual pode ser compreendida como o reflexo de uma maior intervenção por parte do Estado. Este crescimento dos recursos humanos na saúde pôde ser presenciado em dois períodos distintos: entre 1970 a 1994, ocorrendo em sintonia com uma redução de efectivos de pessoal com menor qualificação, reflectindo desta forma, a tendência geral do sector no sentido de uma maior especialização; e entre 1990 a 1998, relacionados com o aumento do pessoal de enfermagem. Quanto à distribuição geográfica, dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, é notório o desfaseamento entre os Centros de Saúde e os Hospitais, apurando-se que o exercício da actividade profissional nos Hospitais constitui, claramente, uma opção partilhada por todos os prestadores de cuidados de saúde, por este proporcionar processos de integração no quadro mais favoráveis (Baganha, s.d.).

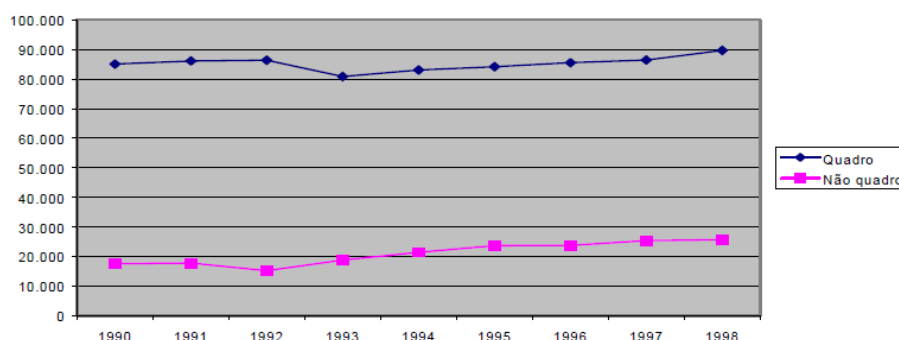
Num estudo efectuado por Martins et al (2003) relativo à evolução dos recursos humanos na saúde, concluem que no período de 1985-1999, o número total de efectivos do SNS, tinha crescido 36,6%, nos quais se destacavam os grupos profissionais, pessoal médico, com um crescimento de 32% e pessoal de enfermagem com um crescimento de

60,9%. Verificam ainda que ao longo deste período, a evolução destes dois grupos profissionais diferenciados foi sempre crescente. Para o grupo pessoal médico, foi significativamente mais expressivo em 1988, 1989, 1997 e 1999, verificando-se para os anos 1987, 1992 e 1998 uma redução dos efectivos em relação aos anos imediatamente anteriores. Para o pessoal de enfermagem verificou-se um crescimento mais acentuado no triénio 1986-1989, seguindo-se valores mais moderados até 1994-1995, anos em que igualmente ocorreram acréscimos significativos.

Num estudo sócio-profissional *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*, realizado por Carapinheiro e Lopes (1997), refere que apenas 52% dos enfermeiros dos Centros de Saúde estão integrados no quadro da respectiva instituição. Já o mesmo não se passa com os Hospitais que, apesar de serem compostos por uma população de enfermagem mais jovem, 79% estão integrados no quadro.

Em termos gerais, o gráfico 1, ilustra a evolução os efectivos integrados no quadro de pessoal do SNS, desde 1994.

**Gráfico 1** – Efectivos integrados e não integrados nos quadros de pessoal



**Fonte:** MS, DRHS, 2000a; Baganha, s.d, p. 41.

Para Baganha este estudo permitiu analisar de uma forma mais correcta a variável “quadro/não quadro”, para o último ano disponível, 1998. Assim, em relação à classe médica a situação de “não quadro” representa maioritariamente, Contratos Administrativos de Provimento (CAP), ou seja, do total de 7706 médicos sem vínculo ao quadro, mais de metade, cerca de 4907, apresentam-se com este tipo de contratualização (MS; 2000a; Baganha, s.d.). Quanto, aos enfermeiros, os que não estão integrados no quadro, a maioria, estão com Contratos a Termo Certo, ou seja, num total de 6534 enfermeiros não incorporados no quadro, 3740 possuem este vínculo laboral (MS, 2000a; Baganha, s.d.).

Ainda em relação à relação jurídica de emprego mas para 1999, Martins et al (2003), verificam que 78,6% dos efectivos do Ministério da Saúde pertenciam aos quadros, apresentando os Centros de Saúde cerca de 83,4%. Verificam ainda que 67,5% dos médicos e 78,7% do pessoal de enfermagem pertencem ao quadro de nomeação. E que é entre o pessoal médico, e em menor percentagem entre o pessoal de enfermagem, que se verifica o maior número de profissionais cujo vínculo é o contrato administrativo de provimento, atingindo respectivamente 19,4% e 8,7%. Destaca-se igualmente o peso do Contrato a Termo Certo, que no caso do pessoal de enfermagem envolve 7,7% dos profissionais, e em menor percentagem os médicos, com 1,8% (Martins et al, 2003).

No entanto, com a publicação da Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, a qual passa a ser responsável pela alteração dos diplomas das carreiras especiais, e nas quais se encontram as carreiras médica e de enfermagem a que faremos referência mais à frente, neste estudo.

## 2. Formas de trabalho e o seu enquadramento

Após se ter reflectido, sobre a evolução dos Recursos Humanos na Administração Pública, e em particular na realidade nacional. Julgou-se também importante abordar, de uma forma breve, as novas formas de organização de trabalho flexíveis, e em particular, o tema da flexibilização laboral.

### 2.1 Novas formas de organização do trabalho/Paradigma da flexibilidade

Nos países da União Europeia (UE), os regimes de emprego (ou sistemas de relações laborais) representam variadas estruturas institucionais que asseguram que a relação empregador-empregado não seja, principalmente, determinada pelas forças do mercado (Hyman, 2002). Contudo, processos como a globalização, a difusão das tecnologias de informação e o aumento da concorrência, fizeram com que ocorressem mudanças significativas no mercado laboral. Ou seja, se por um lado se assiste ao investimento na inovação e na qualidade, permitindo e incentivando o aumento das qualificações, por outro, constata-se uma deterioração do emprego e das condições de trabalho, recorrendo-se à redução de custos salariais e a um mercado desregulado (Huws, 2006).

É neste ambiente de instabilidade e de concorrência global, que as empresas ditas flexíveis, começam a adoptar várias estratégias de reajustamento e reestruturação da organização do trabalho desde, o ajustamento das horas de trabalho (part-time, horas

flexíveis, turnos, etc.), até à externalização de uma ou mais actividades, como forma mais eficiente de assegurar a competitividade (Kóvacs, 2006).

Segundo Streeck (1991), estas mudanças na organização do trabalho, são uma mudança do Taylorismo para o pós-Taylorismo: de tarefas limitadas e rotineiras para uma reintegração das tarefas e multi-tarefas; de um controlo directo para uma relativa autonomia e decisão dos trabalhadores; da desqualificação do trabalho para um aumento e diversificação da qualificação; do trabalho individual e do sistema técnico e burocrático para o desenvolvimento do trabalho em grupo e de um sistema de integração social. Assiste-se, desta forma, não apenas a formas de organização do trabalho pós-Tayloristas mas também ao aumento de formas Tayloristas. Estes processos de reestruturação interna e externa das empresas embora tenham levado ao aparecimento da descentralização, *outsourcing* e diversidade de tarefas, também criaram uma maior centralização, concentração e standardização, de algumas actividades na empresa.

É a partir da década de 1980, que a ideia de flexibilidade começa a ser encarada pelas empresas como uma forma de gestão da força de trabalho, baseada no uso crescente de formas de trabalho flexíveis. Durante a década de 1990, a noção de flexibilidade torna-se quase universal, transformando-se num instrumento chave e central para as empresas (Almeida, 2005). Para João Freire (2002), contributos relevantes para o conceito de «empresa flexível», foram ao longo dos últimos anos, as noções de *toyotismo*, a *lean production* ou o *just-in-time*. A flexibilidade passa, deste modo, a ser um aspecto central de organização e gestão do trabalho, especialmente no final do século XX e início do século XXI, apresentando-se com formas diferentes e diversas estratégias de ajustamento, de modo a atingir os objectivos de competitividade no mercado à escala global.

Na óptica de Paulo Almeida (2005), de entre as várias tipologias e tipos de flexibilidade, podemos definir uma flexibilidade quantitativa e qualitativa, podendo cada uma destas, ser externa ou interna. Para este autor, o recurso, por exemplo, a horas flexíveis, trabalho em *part-time* e por turnos seria uma flexibilidade quantitativa interna (uso dos recursos humanos da empresa adaptando-os às necessidades de mercado). Se a empresa optar por usar trabalhadores que não façam parte da organização, recorrendo a empresas de trabalho temporário, trabalho sazonal, contratos de termo fixo é uma flexibilidade quantitativa, porque continua a existir, como na anterior, um ajustamento através do número, quer seja de horas de trabalho ou de trabalhadores, mas é externa

porque não usa a mão-de-obra da empresa. A flexibilidade qualitativa é alcançada através da subcontratação, *outsourcing*, ou trabalho independente no caso de ser externa, ou por um investimento qualitativo nos trabalhadores da organização no caso de ser interna, por exemplo através de medidas como o enriquecimento ou rotação de tarefas, constituição de equipas de trabalho ou multi-qualificações (Almeida, 2005).

Uma outra tipologia apresentada por Rebelo acrescenta mais algumas divisões e formas de ajustamento flexíveis, distinguindo entre “medidas de flexibilidade tendencialmente qualificantes” e “medidas de flexibilidade tendencialmente precarizantes”. Assim, divide flexibilidade em flexibilidade operacional (incide sobre os sistemas de produção), flexibilidade estratégica (incide no investimento em algumas áreas e subinvestimento noutras em que a rentabilidade poderá ser diminuta), flexibilidade defensiva (incide na redução de salários e ajustamentos de emprego gerando instabilidade laboral), e flexibilidade ofensiva (incide no investimento para encontrar novas formas de relação salarial, sem que isso implique a perda de garantias fundamentais dos trabalhadores) (Rebelo, 2004). Portanto, a flexibilidade a curto prazo tende a tornar precário o trabalho em oposição à de longo prazo que procura promover a transformação da organização.

Resumindo, este processo de mudança a que se tem assistido, nas últimas décadas pode ser visto sob duas perspectivas: uma de (re)valorização do trabalho e melhoria na qualidade de trabalho e de emprego; outra, de desvalorização do trabalho e deterioração do emprego.

## 2.2 Modelos de emprego em Portugal e no resto da Europa

Quando se aborda o movimento de flexibilização da Lei do Trabalho verificamos que esta pode assumir múltiplas formas nos diferentes países, tornando-se responsável pela transformação diferencial entre os ordenamentos jurídicos e as ideologias políticas que suportam essa flexibilidade e os respectivos sistemas de relações profissionais (Rebelo, 2006). A flexibilidade vem transmitir a capacidade de adaptação das organizações às mudanças exteriores, condicionando a sua actividade (Pinto, 1996). Pelo que o aumento de emprego flexível encontra-se relacionado com o processo de produção e de flexibilização do mercado de trabalho, resultando na separação e dispersão da realização do trabalho e fragmentação da sua organização (Atkinson, 1987). A partir daqui a relação entre empregador/empregado deixa de ser uma relação com duração indeterminada, com um horário de trabalho completo, uma

carreira profissional, e com uma concepção de hierarquia e colectiva das relações de trabalho (CE, 1998; Brewster et al., 1997). O aumento do emprego flexível, também provocou uma perda de poder por parte dos sindicatos e um desequilíbrio nas relações capital-trabalho (Castells, 1998; Kovács, 2003).

A emergência das novas formas de emprego (trabalho temporário, auto-emprego, trabalho a tempo parcial, etc. ...), embora ainda com pouca relevância, se compararmos com o emprego com contrato de duração indeterminada, têm vindo a pouco e pouco a assumir-se como uma via de acesso normal para a integração no mercado de trabalho, adquirindo progressivamente uma maior relevância no contexto nacional. Na perspectiva de Ilona Kovács estas formas de emprego significam um retorno às formas mais antigas de trabalho remunerado, o regresso da precariedade, do trabalho pouco reconhecido, da instabilidade de emprego, da restrição dos direitos sociais e da falta de perspectivas de evolução profissional, perdendo-se o significado dos direitos e deveres da carreira profissional, discutidos e estabelecidos através de uma contratação colectiva (Kovács, 2004).

Assim, e à semelhança do que se verificou noutros países da Europa sob a égide da ideia da flexibilidade, também em Portugal as empresas tiveram necessidade de reduzirem os seus custos de modo a manterem a sua competitividade. Pelo que, desde o início da década de 1990 tem-se procurado flexibilizar a lei laboral, apesar de no contexto da União Europeia, Portugal, ser considerado um país com um mercado de trabalho muito regulado e rígido (Rebelo, 2004). Com a aprovação da Lei nº 64-A/89, de 27-02, permitiu-se uma maior flexibilidade no regime dos despedimentos, compensando a limitação do recurso à contratação por tempo determinado. Com a aprovação da Lei nº 21/96, de 17-01, consagrou-se uma maior flexibilização do tempo de trabalho, em particular a redução dos períodos normais de trabalho, pela lei que regulou o regime jurídico do trabalho a tempo parcial (Lei nº 103/99, de 26-07) até ao actual Código do Trabalho (Rebelo, 2006). Assim, no seu conjunto o Código do Trabalho (CT) Lei nº 99/2003, de 27-08 além de sistematizar a legislação laboral portuguesa, flexibiliza-a. Tornando-se o actual Código um instrumento que possibilita às empresas adaptações (em termos de produção, métodos de organização e gestão) às alterações ocorridas no mercado em que actua.

É precisamente neste contexto de flexibilização do mercado de trabalho português que surgem diversos tipos de contratação laboral. Assim, de entre as mais

variadas formas flexíveis de emprego as que se podem constatar serem mais frequentes para o mercado laboral português, são:

- *Trabalho com contrato de duração determinada*, permite fixar um limite (início e fim) no contrato, sendo geralmente utilizado em mão-de-obra pouco qualificada, no entanto tem vindo a disseminar-se pelos trabalhadores com mão-de-obra mais qualificada. Este contrato funciona como um período de experimentação e de conhecimento da competência do trabalhador, dando acesso ou não, à entrada definitiva no quadro da empresa. Na perspectiva do empregador, o objectivo do recurso a este tipo de contratos é, acima de tudo, o de retardar, tanto quanto possível, a passagem a contratos indeterminados, a fim de prolongar ao máximo a “experimentação” do candidato, produzindo assim um autêntico “viveiro” de entre os quais se escolherão os melhores para uma contratação definitiva (Rebelo, 2003).

Nascido na generalidade dos países europeus no decurso da década de 1950 como uma forma marginal de emprego, o recurso ao trabalho a termo acentuou-se a partir de meados da década de 1970, apresentando-se actualmente como uma forma flexível de emprego dominante. Este tipo de contrato designa um trabalho provisório e não um à peça (Kovács, 2004).

A sua introdução na legislação portuguesa, dá-se com a aprovação do decreto-lei nº 64-A/89, de 27-02 diploma que congregou o regime dos contratos de trabalho a termo certo e a termo incerto, e que determinou que a amplitude da contratação deveria restringir-se a determinadas situações, estabelecendo-se uma lista de justificações para a celebração dos contratos a termo (motivos de contratação tipificados), realçando o carácter excepcional da mesma (Rebelo, 2006). Com a alteração do Código de Trabalho em 1 de Dezembro de 2003, altera-se o tempo de duração máxima dos contratos a termo certo (nos termos do disposto no nº 2 do art. 44º do DL nº 64-A/89, de 27-02 e nos termos do disposto no nº 2 do art. 44º do DL nº 64-A/89, de 27-02).

No quadro 3, faz-se um resumo comparativo entre a legislação anterior e a que está em vigor, desde 2003:



**Quadro 3** (sinopse) – Contrato de trabalho a termo

		Anterior Lei-Regime do Decreto-Lei nº 64-A/89, de 27-02 (LCCT)	Código do Trabalho-Regime da Lei nº 99/2003, de 27-08
Contrato a termo	Admissibilidade do termo	É possível contratar a termo apenas nas situações tipificadas no art. 41º LCCT.	Permite a admissão a termo nas situações já tipificadas na anterior lei bem como nas situações de substituição indirecta de trabalhador nos termos do disposto nas al. a), b) e c) do art. 129º e, ainda, do art. 143º.
	Duração dos termos	<i>Termo certo</i> – tem como limite 2 renovações até 3 anos (art. 44º LCCT).	<i>Termo certo</i> – tem como limite 2 renovações até 3 anos e ainda a possibilidade de uma terceira renovação até ao limite máximo temporal de 6 anos (nº 1 e nº 2 do art. 139º). Excepcionalmente estabelece-se a duração máxima contratual de 24 meses ou de 18 meses para situações previstas no nº 3 do art. 139º.
	Sucessão de contratos de trabalho	<i>Termo incerto</i> – enquanto durar o motivo da admissão (art. 49º LCCT). Não permite contratar sucessivamente a termo para o mesmo posto de trabalho (art. 41º- A LCCT).	<i>Termo incerto</i> – mantém-se a regra e dura enquanto durar o motivo da admissão (art. 144º). Em certas situações permite contratar sucessivamente para o mesmo posto de trabalho a termo (nº 2 do art. 32º).

**Fonte:** Rebelo, 2006, p. 7.

- *Trabalho temporário*, é muito semelhante ao contrato de duração determinada, no entanto apresenta diferenças na forma como é estabelecida a relação entre a empresa de trabalho temporário (ETT) como empregador, a empresa utilizadora e o trabalhador. Ou seja, embora o trabalhador desempenhe as suas funções na empresa utilizadora, tem vínculo contratual com a ETT. A duração do contrato pode ser a termo certo (3, 6 ou 12 meses renovável até máximo de 2 anos) ou termo incerto. Ainda existe a modalidade de contrato renovável semanalmente até ao máximo de 12 meses.

O recurso à contratação através de trabalho temporário é relativamente recente. Com este tipo de contratação as empresas de trabalho temporário procuram, de forma temporária, colocar à disposição de utilizadores trabalhadores que elas mesmas contratam e remuneram. Como referem Baker e Christensen, observa-se uma mudança complexa ao nível do tipo de contratações, das relações entre empregados e empregadores, e das funções exercidas nas organizações (muitas são objecto de *outsourcing*), podendo o controlo que a empresa exerce sobre estes trabalhadores variar significativamente (Barker e Christensen, 1998).

No quadro 4, faz-se um resumo comparativo entre a legislação anterior e a que está em vigor, desde 2003:

**Quadro 4** (sinopse) – Contrato de trabalho temporário

	Anterior Lei - Regime do Decreto-Lei nº 358/89, de 17-10	Código do Trabalho - Regime da Lei nº 99/2003, de 27-08
	Este diploma consagra o regime legal do trabalho temporário estabelecendo uma relação jurídica triangular e considerando três figuras distintas: o regime do contrato de utilização de trabalho temporário (art. 9º-17º); o regime do contrato de trabalho temporário (art. 18º-25º), e o regime da cedência ocasional de trabalhadores (art. 26º e 30º).	Mantém, parcialmente, o regime disposto no DL nº 358/89, de 17-10: a redacção dos art. 1º a 25º do 358/89, de 17-10, mantém-se inalterada. Por seu lado, o regime da cedência ocasional de trabalhadores modifica-se e é incorporado pelo Código (art. 322º- 329º).

**Fonte:** Rebelo, 2006, p. 10.

No que diz respeito à evolução deste tipo de relação laboral, segundo Kovács (2004), apoiando-se em dados do Eurostat (2002), a proporção do trabalho com contratos de duração temporária (os quais inclui os contratos com duração determinada e os contratos com ETT, cuja maior percentagem diz respeito a trabalhadores com baixos níveis de escolaridade, jovens e mulheres) em Portugal é de 21,8%, e em Espanha de 31,2%, bastante superior à média da União Europeia, que é de 13,1%. Constando-se, igualmente, um aumento de emprego temporário no nosso país.

- *Trabalho a tempo parcial*, é uma forma de contratação flexível, cuja variável de ajustamento é o tempo de trabalho e não o próprio emprego, podendo esta variar segundo os sectores de actividade. É semelhante, pela natureza do seu vínculo contratual, com o modelo de contratação típico do trabalho assalariado a tempo inteiro, mas diferindo dele quanto à duração do trabalho (inferior à duração legal). Também porque constitui uma forma de contratação excepcional, nela constando expressamente a livre escolha do trabalhador, assim como o período normal de trabalho diário e semanal (nº 1 do art. 184º CT) (Rebelo, 2006).

O trabalho a tempo parcial na AP, banca e seguros, é objecto de negociação, e de uma forma geral resulta de uma escolha explícita por parte dos trabalhadores. Pelo contrário, noutros sectores, como é o caso da restauração, do comércio a retalho, entre outros, o trabalho a tempo parcial está quase instituído como norma, e praticamente sem direito a negociação (Kovács, 2004). Podemos constatar, que o trabalho a tempo parcial faz parte das formas flexíveis de emprego, representando na actualidade uma forma de precarização dos empregos.

Para Redinha, o trabalho a tempo parcial deixou de ser considerado como “modalidade de aproveitamento de uma força de trabalho periférica, ganhando consistência a ideia de que é necessário redistribuir o tempo de trabalho, passando, então, o trabalho a tempo parcial a ser encarado como uma alternativa ou um sucedâneo

do emprego a tempo completo” (Redinha, 1998, p. 339). Juridicamente, o trabalho a tempo parcial, encontra-se enquadrado desde 1999, com a Lei nº 103/99, de 26 de Julho, não sofrendo alterações, no actual Código do Trabalho, o conteúdo do art. 180º que considera o trabalho a tempo parcial, o trabalho prestado que corresponda a “um período normal de trabalho semanal igual ou inferior a 75% do praticado a tempo completo numa situação comparável” (Rebelo, 2006, p. 12). De acordo com o disposto no art. 182º CT, as situações são “comparáveis” quando, os trabalhadores no mesmo estabelecimento prestem idêntico tipo de trabalho, devendo ser levadas em conta a antiguidade e a qualificação técnica e profissional.

**Quadro 5** (sinopse) – Contrato de trabalho a tempo parcial

	Anterior Lei - Regime da Lei nº 103/99, de 26-07	Código do Trabalho - Regime da Lei nº 99/2003, de 27-08
Contrato de trabalho a tempo parcial	Contempla-se a referência a um período semanal igual ou inferior a 75% do tempo completo (nº 1 do art. 1º). Exige-se forma escrita para a celebração do contrato nele devendo constar expressamente o horário de trabalho semanal e diário (nº 5 do art. 1º).	Mantém-se a referência a um período semanal igual ou inferior a 75% do tempo completo (nº 1 do art. 180º). Exige-se forma escrita para a celebração do contrato. Contudo o número de dias de trabalho deve ser fixado por acordo mas não tem de ficar clausulado por escrito (nº 3 do art. 180º e nº 3 do art. 184º).

**Fonte:** Rebelo, 2006, p. 13.

Esta forma de trabalho e/ou emprego surgiu com o objectivo de diminuir as elevadas taxas de desemprego, no entanto em Portugal e nos países do Sul da Europa ainda foi pouco assimilada, ao contrário do que sucede nos países nórdicos (Kovács, 2004). Em Portugal esta forma de trabalho flexível é mais consistente nos indivíduos com mais de 65 anos e no sector dos serviços. A nível da União Europeia esta modalidade tem demonstrado uma maior representatividade nas camadas mais jovens (menos de 25 anos) e sobretudo nas idades superiores aos 55 anos (Rebelo, 2006).

- *Trabalho independente ou auto-emprego*, é uma forma de emprego antiga, complexa e diversa, em que o trabalhador exerce a sua actividade por conta própria e risco e sem o auxílio de assalariados (considerada uma profissão liberal, pois quem nela trabalha tem como objectivo o lucro). A definição de trabalho independente em Portugal é vaga e encontra-se dispersa por diversas fontes. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) citado por Rebelo (2003) a “estrutura do emprego por profissão” é dividida em quatro categorias/grupos de indivíduos: “os trabalhadores por conta de outrem”, “os trabalhadores por conta própria empregadores”, “os trabalhadores por

conta própria isolados” e, ainda, “os trabalhadores familiares não remunerados”. De acordo com a lei portuguesa o trabalhador está vinculado para com a outra parte por um contrato de prestação de serviços, quando “uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição” (art. 1154º do Código Civil). Este contrato, nas suas diversas modalidades (designadamente, o mandato e a empreitada), constitui a principal forma jurídica através da qual se desenvolve a prestação de trabalho autónomo.

Na perspectiva de Ilona Kovács o trabalho independente pode ser encarado como uma desvalorização do trabalho (vínculo precário e responsabilidade de gestão do trabalho) ou como uma valorização (incentiva a inovação e a adaptação) (Kovács, 2004). De qualquer modo, e segundo um estudo do Eurostat, Labour Force Survey (2002) o desenvolvimento do trabalho independente está associado não só às exigências de flexibilidade das empresas, mas também a um conjunto de políticas que visaram a estimulação do próprio emprego, com é o caso das microempresas. Se analisarmos o grau de difusão do auto-emprego na União Europeia, constatamos que os países da Europa do Sul são os que apresentam uma maior penetração desta forma de emprego no mercado de trabalho (Grécia (45,7%), Itália (29,6%) e Portugal (25,1%). Portugal é o terceiro país da União Europeia com níveis superiores aos da média europeia (15,0%) (Kovács, 2004).

No que diz respeito à AP, esta também não ficou incólume à vaga da flexibilização do mercado de trabalho. Neste sentido, o SNS, começou a apresentar variadas formas flexíveis de emprego, assistindo-se, a pouco e pouco, a uma transformação da constituição da relação pública de emprego.

Assim, se anteriormente, a constituição da relação jurídica de emprego no SNS encontrava-se determinada no decreto-lei nº 427/89, de 7 de Dezembro, o qual define a “*Constituição da Relação Jurídica de Emprego*” em quatro secções: “*Modalidades*”, “*Nomeação*”, “*Aceitação do Nomeado*” e “*Contrato de Pessoal*”, encontrando-se o desenvolvimento dos seus princípios consagrados pelo decreto-lei nº 184/89, de 2 de Junho. Neste sentido, no que diz respeito às “*Modalidades*”, estas podem assumir a relação jurídica de emprego de: *nomeação* (acto unilateral da Administração, dependente da aceitação do nomeado, visando o preenchimento de um lugar de quadro de um Serviço da Administração, independentemente da modalidade que revista. Esta confere ao nomeado a qualidade de funcionário, podendo assumir três modalidades:

*Nomeação provisória* - nomeação para lugares de ingresso durante o período probatório; *Nomeação em comissão de serviço* - nomeação de pessoal dirigente ou equiparado, ou nomeação para lugares de ingresso durante o período probatório se o funcionário já estiver nomeado definitivamente noutra carreira, ou nomeação nos casos expressamente previstos pela lei; e *Nomeação por Tempo Indeterminado* - nos casos das nomeações para lugares de acesso); e o *contrato pessoal* (subdividindo-se em *Contrato Administrativo de Provedimento* - confere a qualidade de agente administrativo ao outorgante, vinculando-o ao regime do funcionalismo público, embora seja a título transitório e não integrado nos quadros da função pública, mas com carácter de subordinação no exercício de funções próprias do serviço público; e *Contrato de Trabalho a Termo Certo* - em que o outorgante se rege pelo regime jurídico do contrato individual de trabalho, não estando integrado nos quadros da função pública, mas que deve assegurar a satisfação das necessidades transitórias dos serviços de duração determinada).

No quadro 6 discrimina-se de uma forma mais pormenorizada as situações em que é possível recorrer à contratação de pessoal.

**Quadro 6 – Condições de contratação de pessoal**

<b>Tipo de contrato</b>	<b>Situações aplicáveis<sup>1</sup></b>	<b>Formalismos</b>
Contrato administrativo de provimento	Serviços em regime de instalação, salvo se o interessado já possuir nomeação definitiva. Pessoal médico em regime de internato geral ou complementar, de enfermagem, docente e de investigação, nos termos e condições dos respectivos estatutos, à excepção se o interessado já possuir nomeação definitiva; Frequência de estágio de ingresso na carreira, salvo se o interessado já possuir nomeação definitiva.	Excepto nos casos em que as carreiras o prevejam de forma diferente, carece de processo de selecção sumário; Exige a atribuição prévia de quotas de descongelamento; Celebrado por um ano, tática e sucessivamente renovável por iguais períodos.
Contrato de trabalho a termo certo	1 – Substituição temporária de um funcionário ou agente; Actividades sazonais; 3 – Execução de uma tarefa ocasional ou serviço determinado, precisamente definido e não duradouro; 4 – Aumento excepcional e temporário da actividade do serviço; 5 – Desenvolvimento de projectos não inseridos nas actividades normais dos serviços.	Elaboração de processo de selecção de candidatos. Contratos celebrados com base nos fundamentos 2 e 3 não podem ter duração superior a seis meses; Contratos celebrados com base nos fundamentos nos 3, 4 e 5 carecem de autorização prévia do Ministro das Finanças e do membro do Governo que tutelar a Administração Pública, nos demais casos exige-se a comunicação da celebração dos contratos a estes governantes; A duração total do contrato não pode exceder dois anos, excepto os contratos celebrados com fundamento no nº 5, em que pode ir até três anos.

**Fonte:** Rodrigues, 2002, p. 51.

<sup>1</sup> Cfr. Art.ºs 15.º, n.º 2, e 18.º, n.º 2, do Dec.-lei n.º 427/89, de 7/12.

A celebração deste tipo de contrato de pessoal pode surgir nas situações em que seja importante a satisfação das necessidades transitórias e urgentes em serviços e estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, nas carreiras médica, de enfermagem, de técnico superior de saúde e serviço social, de técnico diagnóstico e terapêutica, de auxiliar de acção médica e de apoio e vigilância. Ou na contratação de outro pessoal que seja indispensável à prestação de cuidados de saúde (Rodrigues, 2002).

A partir de meados de 2004, com a publicação da Lei nº 23, de 22 de Junho, redefine-se o regime jurídico do contrato individual de trabalho (CIT) da AP, passando todos os contratos de trabalho celebrados por pessoas colectivas públicas, a estar configurados segundo os parâmetros do regime do Código do Trabalho.

Em 2008, com a publicação da Lei nº 12-A, de 27 de Fevereiro, alteram-se os regimes de vinculação, de carreiras e de renumerações, dos trabalhadores que exercem funções públicas<sup>2</sup>. Esta lei vem definir o regime jurídico-funcional aplicável a cada modalidade de constituição da relação jurídica de emprego público, sendo aplicável a todos os trabalhadores que exercem funções públicas, independentemente da modalidade de vinculação e de constituição da relação jurídica de emprego público ao abrigo da qual exercem as respectivas funções. Este novo regime abrange múltiplos aspectos relativos ao estatuto jurídico por que se rege o exercício de funções públicas, tais como, a estruturação das carreiras, a evolução profissional dos trabalhadores, o estatuto remuneratório, o regime de incompatibilidades, entre outros. É um diploma que visa transformações ao nível do planeamento de gestão de recursos humanos, gestão orçamental e alargamento dos poderes de gestão aos dirigentes.

Neste sentido, no final deste mesmo ano, é publicada a Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro, que é responsável pela aprovação do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP). Esta Lei vem estabelecer a transição dos actuais funcionários, em regime de nomeação para o regime de contrato. Este regime, foi introduzido com a intenção de funcionar como um instrumento de modernização e flexibilização da AP.

A aplicação das medidas de flexibilidade laboral anteriormente referidas levaram a que, actualmente, o sector público se tenha transformado no centro da discussão da alteração dos vínculos de trabalho, ou pelo menos é neste onde a discussão parece ter

---

<sup>2</sup> Tema abordado, embora de forma breve, na pág. 41.

maior visibilidade pública. Portugal, como a grande maioria dos países europeus, a tipificação das formas atípicas de contrato tem sido a forma encontrada para fazer face a um contexto macrosocial de mal-estar relativo aos modelos sociais de Estado que foram surgindo no avançar da segunda metade do século XX (Silva, 2002; Correia, 2008), enquadrados no contexto da NGP/managerialismo a que temos vindo a fazer referência.

A AP portuguesa, e mais especificamente o sector da saúde, são um bom exemplo desta reconfiguração do emprego, onde a entrada de novos profissionais através da relação jurídica de emprego público por nomeação foi congelada, a par de um processo de substituição desses vínculos por trabalhadores com outras modalidades de emprego. Santos (2003), citado por Tiago Correia, comprovam a progressiva passagem da estabilidade à incerteza do emprego público, dando conta que de 2000 a 2002 registou-se um aumento global de 88% nos contratos a termo certo e de 52% nos contratos de prestação de serviços, sobretudo por acréscimos significativos no Ministério da Saúde, na Administração Central e Local (Correia, 2008).

Castel-Branco et al (2008) num estudo realizado sobre os recursos humanos na AP em 2005, concluíram que a evolução do emprego na Administração Directa e Indirecta do Estado evidenciou um comportamento diferenciado na última década, mais especificamente em dois períodos (1996-1999 e 1999-2005). Ou seja, enquanto no primeiro período o emprego cresceu cerca de 13 % em 3 anos, no segundo período desacelerou para 2 % em 6 anos, como resultado da aplicação de medidas de controlo do emprego público. Quanto à relação jurídica de emprego verifica-se que a nomeação é mais representativa, abrangendo 78,9% do emprego público. No entanto, o peso das nomeações tem diminuído desde 1996, em resultado quer das medidas de controlo de novas admissões, quer do recurso à contratação para o exercício de funções temporárias. Estes autores ainda comprovam que na distribuição dos empregos por relação jurídica, o Ministérios da Saúde e da Educação são os maiores empregadores abrangendo 57% dos funcionários e agentes, 42% dos contratos por tempo indeterminado e a termo resolutivo e 60% das prestações de serviço.

### 2.3 Consequências da flexibilidade

Nas últimas décadas, o processo de globalização, as políticas de cunho neo-liberal e a reestruturação produtiva têm vindo a transformar a entrada dos trabalhadores no mundo do trabalho, a forma e o conteúdo do trabalho (Neves, 2004). Esta reorganização produtiva deu origem a novos padrões de gestão de trabalho, de acordo

com a flexibilização do mercado laboral, levando a uma crescente transformação da relação empregador/empregado, demonstrada nas diversas formas flexíveis do emprego e do mercado de trabalho. Estas práticas podem vir a assumir diferentes configurações, tais como: a terciarização, o emprego temporário, a subcontratação, a informalidade, as cooperativas de trabalho, as actividades autónomas e as inúmeras formas de trabalho assalariado disfarçado (Neves e Pedrosa, 2006).

A flexibilidade do mercado laboral também gerou nas organizações, um ambiente laboral misto, dentro da mesma empresa assiste-se à convivência entre os trabalhadores com contrato indeterminado, com melhores vencimentos e regalias sociais, e os trabalhadores com contrato a tempo determinado, independente ou parcial, com emprego incerto, vencimentos menores e com menos regalias sociais. Esta situação vem gerar uma fragmentação dos recursos humanos nas instituições (Kovács, 2004). Rebelo (2006), comprova a evolução deste emprego a partir de um estudo realizado na União Europeia, quando ainda era constituída por 15 países, no período entre 1995 e 2005, onde constata um crescimento significativo do emprego em *part-time*, cerca de 41,9%, enquanto o emprego a tempo inteiro teve apenas um ligeiro aumento, cerca de 5,4%.

No que diz respeito a Portugal, o trabalho a tempo parcial apresentava um valor de 11,2%, em 2004. Valor considerado reduzido, se compararmos, como refere Rebelo, com a média da União Europeia, 17,8%, nesta altura, constituída por 25 países. Segundo dados do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, estes valores, têm vindo a crescer progressivamente acompanhando a tendência europeia (Rebelo, 2006).

No emprego por conta de outrem (TCO) e trabalhadores por conta própria (TCP), Almeida et al (2009) num estudo elaborado para o Observatório do Emprego e Formação Profissional (OEFP), no período compreendido entre 1998 a 2008, constatarem um aumento progressivo do emprego por TCO (com contrato sem termo e com contrato a termo), correspondendo a cerca de 75%, do emprego, e por TCO, correspondendo a cerca de 23%, do emprego.

De acordo com Robert Castel, a precariedade é um processo central comandado pelas novas exigências tecnológicas e económicas da evolução do capitalismo moderno. Este autor chama a atenção para três aspectos importantes desta nova dinâmica do capital: a desestabilização dos estáveis, a instalação na precariedade de diferentes trabalhadores, e o aumento do desemprego (Castel, 1998).



É neste contexto de flexibilização do mercado de trabalho português que vamos analisar, no próximo capítulo, as implicações do processo de “empresarialização” nos hospitais públicos em Portugal para a configuração da situação no mercado de trabalho das profissões de saúde.

## **CAPÍTULO III: O HOSPITAL, A EMPRESARIALIZAÇÃO E OS MODELOS DE GESTÃO**

### **3. Reforma do sector público hospitalar**

Neste capítulo pretende-se abordar o conceito de hospital e a introdução de novos elementos no funcionamento dos hospitais, Sociedades Anónimas (SA) e Entidades Públicas Empresariais (EPE), e a forma como esta nova concepção de prestação pública de cuidados alterou os modos de regulação da actividade profissional.

Faremos ainda uma breve síntese histórica relativa aos hospitais Infante D. Pedro e São Teotónio, objecto de análise no presente trabalho.

#### **3.1 O hospital**

O hospital constitui um sector estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde. É uma instituição constituída por meios tecnológicos e humanos altamente diferenciados, cujo objectivo é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia, desenvolvendo a sua actividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação em regime de internamento ou de ambulatório (Ministério da Saúde, 1998).

Os hospitais são organizações complexas, caracterizando-se pela divisão do trabalho e pela coexistência de um conjunto de aptidões técnicas. A sua actividade desenvolve-se num ambiente composto por variados agentes, de natureza, nível e diferenciação distintos. A importância da sua actividade torna-o muito mais exposto à sociedade, incutindo nos seus profissionais uma responsabilidade maior sobre os resultados dos cuidados prestados.

Ao enquadrar o hospital no SNS, devemos ter presente que se trata de uma instituição com um sistema complexo e adaptativo, fortemente influenciado pelo contexto político, cultural, económico, científico e tecnológico (Conselho de Reflexão sobre a Saúde<sup>3</sup>, 1998).

Com a promulgação do decreto-lei nº 48357, de 27 de Abril de 1968, que viria a instituir o Estatuto Hospitalar, são equacionados e regulamentados alguns dos principais aspectos como o financiamento e modernização das instalações e equipamento. É com esta legislação que é reconhecida personalidade administrativa e autonomia financeira ao hospital, tornando-se um factor importante no desenvolvimento do mesmo. Este

---

<sup>3</sup> Grupo de trabalho nomeado pelo Ministério da Saúde “*encarregado de proceder aos estudos para a apresentação de propostas conducentes à reforma do sistema de saúde*” (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998, p.9).

diploma vem regulamentar o funcionamento dos hospitais oficiais e das Misericórdias, e as carreiras do pessoal médico, de enfermagem, de administração e de farmácia, com o objectivo de criar estabilidade laboral nos profissionais de saúde no hospital.

O Estatuto Hospitalar procurou organizar no hospital, o regime de trabalho e uma administração eficiente, de modo a gerir adequadamente as verbas disponíveis e a estabelecer carreiras profissionais que dessem garantias e estabilidade aos trabalhadores hospitalares (Ferreira, 1990). Este Estatuto também permitiu estabelecer as bases do planeamento da rede hospitalar a nível nacional e estimular a responsabilidade dos serviços hospitalares pelos resultados.

A seguir ao 25 de Abril de 1974, os hospitais portugueses acabam por ser influenciados pelas opções políticas da altura, inserindo-se no conceito de Estado Providência, com a criação, em 1979, do SNS (Ministério da Saúde, 1998).

### 3.2 A empresarialização do sector hospitalar público português

Em Portugal, a instituição hospitalar tem merecido pouco estudos empíricos. A necessidade de reduzir despesas, associada ao aumento da população e da esperança de vida, e diminuição relativa da população activa, tem levado muitos governantes dos países industrializados a questionar o modelo de solidariedade social em que assenta a prestação dos cuidados de saúde. Para Monteiro (1999), estas mudanças fizeram emergir o argumento da exigência a uma maior racionalidade, a par de uma maior qualidade da prestação dos cuidados primários.

Poder-se-ia pensar que a gestão empresarial em Portugal é um processo recente, no entanto, desde 1968 que o Estatuto e Regulamento Hospitalar prevêm a organização e a gestão dos hospitais em termos de gestão empresarial. A promulgação da Lei de Bases da Saúde, em 1990, veio reforçar as regras de gestão empresarial pelas quais a administração das unidades de saúde deveria reger-se. Em 2002, com a alteração de algumas disposições da Lei de Bases da Saúde de 1990, aprova-se um novo regime jurídico de gestão hospitalar. A Resolução do Conselho de Ministros nº 4/2002 veio definir as regras de transformação dos estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE), enquanto a Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, veio alterar algumas disposições da Lei de Bases, de 1990: admitiu o contrato individual de trabalho e a contratação colectiva de trabalho. De acordo com este novo modelo, a rede de prestação de cuidados de saúde passa a integrar vários modelos: hospitais SPA (estabelecimentos públicos dotados de personalidade

jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial); hospitais EPE (estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial); hospitais SA (sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos); clínicas privadas com ou sem nome de hospital, instituições e serviços geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão e hospitais PPP (instituições e serviços do SNS, geridas por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos e outros profissionais de saúde) (Campos, 2003). Com este modelo o financiamento dos hospitais passa a ser por actos realizados e renumerados por tabelas de preços, definidos pelo governo.

Numa análise mais detalhada destes modelos verifica-se que têm como finalidade a redução do controlo do Estado e uma maior exposição dos hospitais aos incentivos de mercado ou quase mercado. E que a principal diferença entre estes modelos, é que enquanto os hospitais SPA, hospitais EPE e hospitais SA, mantêm a manutenção do estatuto de hospital público, as clínicas privadas com ou sem nome de hospital, instituições e serviços geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão e hospitais PPP, traduzem um afastamento total desse estatuto. O que na óptica de Carvalho (2008), levou à transferência das instituições hospitalares como centro do sector público (maior controlo e monitorização dos *inputs*) para um ambiente misto, característico da autonomização e empresarialização (menor controlo, menos directo, com resultados sobrevalorizados). No outro extremo, situa-se o modelo privado, sem intervenção directa do governo, mas com influências na gestão das instituições públicas, em particular através da regulação e dos contratos de prestação de serviços.

A promulgação da Lei nº 27/2002 e do Decreto-lei nº 272/2002 também vieram incentivar a flexibilidade na contratação de pessoal permitindo contratações fora do quadro da função pública, alterando desta forma a relação jurídica de emprego e transformando a estrutura organizacional e gestionária do sector hospitalar, assim como, permitir a redução das despesas com o pessoal do SNS. Contudo, a legislação da AP, em geral, não o permite. Esta legislação, na opinião de Ribeiro (2004) pretendeu agilizar o processo de gestão de recursos humanos nos hospitais portugueses, como as carreiras estratificadas e rígidas, a utilização excessiva de horas extraordinárias (quer pela escassez de recursos, quer como meio de pagamento encapotado de incentivos), a rigidez de contratação, a ausência de incentivo ao melhor desempenho e precariedade de vínculo nas novas admissões.

Para Stoleroff e Correia (2008), a aplicação destas políticas de racionalização nos serviços de prestação de cuidados de saúde e a reconfiguração organizacional do SNS, com maior incidência no sistema hospitalar (privatização da estrutura organizacional hospitalar pública) levou a que a maioria dos gestores hospitalares optasse, cada vez mais, por um processo de liberalização das modalidades de gestão das organizações públicas, com vista a obter um maior grau de autonomia no desempenho das suas funções ao nível micro das relações laborais, de forma, a convergi-las com as modalidades consideradas menos burocráticas do sector privado.

Varanda (2004), considera que a aplicação do modelo empresarial aos hospitais públicos acaba por ser o culminar de uma lenta mas coerente evolução, que tem por base o aumento da despesa e dos orçamentos dos hospitais e a constatação de que o modelo burocrático dos hospitais está desactualizado, obrigando os vários governos e legisladores a intervir. Para este autor, a empresarialização hospitalar veio dar uma maior autonomia nas competências de gestão das organizações hospitalares públicas conduzindo a uma maior convergência com o modelo de gestão do sector privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados.

A empresarialização hospitalar vem estimular a desregulação do sector hospitalar, estatizado e burocrático, fazendo com que se assista a uma liberalização e flexibilização na contratação, passando a lei do mercado (oferta/procura) a influenciar as condições de emprego e da renumeração dos profissionais, ora contratados individualmente, ora através do outsourcing (contratação de pessoal médico e enfermagem por intermédio de empresas privadas prestadoras de serviços médicos) (OECD 1995; Christensen e Laegreid, 2001; Gomes, 2001; Gruening, 2001; Bach e Kessler, 2007) e do new managerialism (Clarke e Newman, 1997; Clarke et al., 2000; Stoleroff e Correia, 2008).

A introdução da contratação individual e do outsourcing no sistema do emprego público veio criar situações contratuais diferentes dos interesses dos funcionários hospitalares. Para Barros (2004) a incerteza laboral, principalmente, no que toca às “carreiras especiais” nas áreas da saúde, é particularmente complexa, devido não só às transformações dos vínculos, como também às formas de avaliação ainda por definir. Já na opinião de Beck (2000) as incertezas criadas pela reconfiguração da estruturação da prestação de cuidados hospitalares públicos podem vir a representar para os profissionais relações de emprego que ocorrem fora do quadro da função pública, introduzindo por esta via a indefinição na carreira. Indefinição que surge da introdução

do contrato individual de trabalho s/termo, o qual é sujeito à negociação/renegociação em termos individuais podendo gerar relações de competição e emprego não inteiramente protegido, precário e sujeito às pressões do mercado profissional. E por outro lado, Stoleroff e Correia (2008) consideram que pode criar nas administrações hospitalares incertezas devido às múltiplas negociações dos salários e das condições dos profissionais, variáveis imprevisíveis e inflacionáveis que reentram na gestão da massa salarial estabelecida por orçamentos fixos e apertados. É sobretudo em relação a este segundo aspecto que o processo de empresarialização hospitalar abre espaço para a reconfiguração do mercado de emprego.

A incerteza de empregabilidade constatada no sector público, e a tentativa de concorrer com o sector privado na contratação de médicos e enfermeiros, poderão estar a criar igualmente incertezas na qualidade da prestação de cuidados e funcionamento hospitalar. Este processo de individualização do contrato permite aos hospitais definir, autonomamente, incentivos de forma a criar oportunidades mais vantajosas para atrair determinados profissionais. Como em Portugal este processo ainda está em curso, ainda é difícil prever todas as consequências que daí decorrerão para o SNS, no entanto, no que diz respeito, ao funcionamento do mercado do trabalho da profissão médica, já se podem constatar algumas redefinições da regulação laboral para a prestação pública de cuidados (Stoleroff, 2007).

Assim, a concorrência entre a prestação pública e a prestação privada, têm contribuído para uma mais que provável nova configuração no futuro do SNS, com mais que prováveis alterações e implicações, ou não, nas relações laborais no sector saúde.

### 3.3 Os profissionais do hospital - Médicos e Enfermeiros

No hospital podem-se encontrar grupos profissionais distintos, demarcando-se os médicos e enfermeiros, grupos profissionais alvo do nosso estudo.

Visto que a problemática deste estudo se situa em redor de duas profissões que estão integradas no regime das carreiras especiais da AP, as quais se encontram incluídas nas alterações introduzidas com a publicação da Lei nº 12-A/2008, de uma forma geral, e mais tarde, de uma forma específica, com os decretos-lei n.º 176/2009 e 177/2009 (que estabelecem o regime legal da carreira dos médicos), e o decreto-lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro (que estabelece o regime legal da carreira de enfermagem), parece-nos importante efectuarmos uma breve reflexão sobre as mesmas.

Parece-nos, igualmente, pertinente, fazer referência às últimas alterações legislativas, embora estas se enquadrem fora do período em estudo, como parte integrante do processo evolutivo das mesmas.

Os médicos enquadram-se num grupo profissional muito “antigo”, predominante em termos de hierarquia, bem definido e de destaque na sociedade, com um forte poder corporativo, com fortes valores, tradições e atitudes. Valores que são adquiridos na universidade, a qual está inserida no hospital ajudando a que esses valores permaneçam ligados a esta organização. A profissão médica apresenta um poder monopolístico sobre todas outras visto que *“de todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde a única que é verdadeiramente autónoma é a profissão médica”* (Carapinheiro, 1993,p. 53).

Contudo, em Portugal, esta profissão só se vê regulamentada a partir de 1979, com o decreto-lei nº 62/79 de 30 de Março, que define o Regime de Trabalho do Pessoal Hospitalar - carreira médica hospitalar, em 1980 com a Portaria nº 444-A/80, que vem regulamentar a carreira de generalista, consagrando o exercício das funções da clínica geral, e em 1990 com o decreto-lei nº 73/90, de 6 de Março, que regulamenta o diploma das carreiras médicas, constituindo-se esta como um corpo especial. Com a aprovação deste último decreto-lei criaram-se três carreiras distintas: a carreira médica de clínica geral, a carreira médica hospitalar e a carreira médica de saúde pública, com a pretensão de organizar este grupo socioprofissional em função da diferenciação e qualificação profissionais. O ingresso em qualquer uma das carreiras exige uma passagem prévia, com aproveitamento, por dois momentos de formação profissional: o internato geral e o internato complementar (ou de especialidade). Em meados de 2009, com o decreto-lei n.º 176/2009 e o decreto-lei n.º 177/2009, estabelece-se um novo regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, assim como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, bem como o regime da carreira especial médica.

Os enfermeiros enquadram-se num grupo profissional que está, desde o séc. XIX, ligado à expansão do sistema hospitalar e às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem dessa expansão. Embora a profissão de enfermeiro, não apresente o mesmo grau de antiguidade da médica, pouco mais de cem anos, esta tem evoluído rapidamente. A enfermeira surgiu da necessidade de auxiliar o médico, pelo que no início esta profissão não tinha conteúdo definido, sendo a sua actividade avaliada pelas

suas qualidades morais e religiosas. O conhecimento que detinha era o estritamente necessário, de forma a poder aceder aos princípios da medicina «científica», com o objectivo de poder servir melhor o médico, ser a sua auxiliar (Collière, 1989). Em Portugal a sua autonomia tem sido frequentemente discutida, a par da aquisição de métodos e técnicas científicas próprias da profissão. Sob o ponto de vista legislativo, esta uma é uma profissão que se vê regulamentada em 1974, com o decreto-lei nº 440/74, de 11 de Setembro, melhorado pelo decreto-lei nº161/96, o qual define o Exercício da Enfermagem. Os decretos-lei nºs 437/91, 412/98 e 411/99, definem um modelo de carreira para a Enfermagem.

Rodrigues (2002) considera que de todos os grupos profissionais que integram os corpos especiais da saúde, este é o que tem demonstrado uma maior evolução, em termos socioprofissionais, contando, actualmente, com importantes instrumentos jurídicos de regulamentação, como sejam a Ordem Profissional e o Regulamento de exercício profissional.

Em termos do conteúdo funcional, as categorias e os cargos da carreira de enfermagem agrupam-se por três áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria. O ingresso na carreira de enfermagem faz-se, por regra, pela categoria de enfermeiro, por profissionais detentores de um título profissional de enfermeiro. A partir de Setembro de 2009, como supracitado, a publicação do decreto-lei n.º 248/2009 vem definir o regime da carreira especial de enfermagem, aplicando-se aos enfermeiros cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato em funções públicas, ou por contrato individual de trabalho com as entidades públicas empresariais, nos termos do Acordo Colectivo de Trabalho.

Deste modo, a admissão dos enfermeiros passa a ser por Contrato Individual de Trabalho (CIT), aplicando este o Código do Trabalho do sector privado, os seus direitos, regulamentação e condições de trabalho. Este novo modelo permite o recrutamento em qualquer posto de trabalho, não o limitando só à base, passando o ingresso a estar dependente do nível de competências e não das habilitações profissionais. A evolução na carreira deixa de ser automática ficando condicionada pelo orçamento e avaliação. A remuneração passa a ser variável e personalizada. No entanto, a experiência profissional passa a ser reconhecida na sua totalidade.

No próximo capítulo procuraremos fazer uma descrição do processo de investigação. Será descrita a metodologia utilizada, as hipóteses que se pretendem testar neste estudo, assim como, a análise quantitativa e de conteúdo efectuadas.



## **CAPÍTULO IV: DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO: CONTORNOS METODOLÓGICOS**

### **4. Planeamento, caracterização e organização da investigação**

#### **4.1 Definição do tema de estudo**

Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, as reformas no sector da saúde conduziram ao surgimento de diferentes modelos de gestão, resultantes, entre outros aspectos, da necessidade do controlo dos recursos escassos, utilizados na produção e distribuição de cuidados de saúde. Esta escassez de recursos, associada a um aumento de competitividade e flexibilidade, conduziu à ascensão da gestão de recursos humanos como função fundamental da gestão organizacional. Numa clara proximidade aos modelos característicos da gestão privada, a gestão de recursos humanos assume-se, de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, como um processo dinâmico que procura fazer convergir os interesses das organizações e das pessoas que nela trabalham, promovendo a substituição da perspectiva do assalariado pela figura do parceiro envolvido, cooperante e empenhado no projecto organizacional (OPSS, 2009).

Tendo em conta esta problemática, o objectivo geral deste estudo é o de procurar estimular a discussão e a reflexão teórica sobre o modo como as alterações produzidas com a NGP conduziram a transformações nas situações de emprego dos profissionais de saúde. Contudo, tal objectivo pode assumir contornos demasiado ambiciosos, não só pela grande complexidade de análise que representa devido às diversas variáveis implicadas, mas também pela adequação da investigação aos recursos e tempo disponíveis. Assim sendo, optámos por restringir a análise aos profissionais médicos e enfermeiros em dois hospitais específicos – Infante D. Pedro e São Teotónio.

A reflexão sobre a situação destes profissionais está, também, limitada temporalmente, concentrando-se no período entre 2002 e 2008.

As razões da opção por estas duas instituições hospitalares prendem-se sobretudo com o carácter semelhante das duas realidade ambientais, como teremos oportunidade de expor mais à frente.

Deste modo, o nosso objecto de análise encontra-se restringido aos efectivos, médicos e enfermeiros, que estejam ligados a estas duas instituições, independentemente das suas funções. Procurámos desenvolver um estudo de casos semelhantes centrando-nos, fundamentalmente, num universo mais restrito, mas aprofundado, em detrimento de uma visão mais global e heterogénea.

Este trabalho pretende, então, analisar os potenciais efeitos das intervenções governamentais no sector da saúde, centradas na NGP, na relação jurídica emprego de dois grupos profissionais: médicos e enfermeiros.

## 4.2 Caracterização dos hospitais em estudo

### 4.2.1 O Hospital Infante D. Pedro E.P.E. - Aveiro

O Hospital Infante D. Pedro E.P.E. (H.I.P.) tem o início da sua história no ano de 1895, devido ao interesse que o provedor da Santa Casa, Visconde da Silva Melo, demonstrou, pela construção de um novo hospital. No ano de 1901 iniciou-se a construção do Hospital da Misericórdia de Aveiro, cuja obra fica concluída em finais de 1915, apesar de já em 1914 estarem em funcionamento quatro Blocos. Devido ao permanente desenvolvimento do concelho, constatou-se que a dimensão da unidade hospitalar já não conseguia dar resposta às necessidades do concelho, pelo que em Maio de 1957 deu-se início a construção de um novo pavilhão, com capacidade para mais 106 camas (Barreira, 2001).

Em Maio de 1976, o Hospital da Misericórdia de Aveiro, passou designar-se por Hospital Distrital de Aveiro (HDA).

No decurso do ano de 1979, é criado o Centro Hospitalar Aveiro-Sul com vista a tornar mais eficaz a cobertura hospitalar da parte sul do distrito de Aveiro. Este é constituído por duas unidades hospitalares já existentes: o Hospital Distrital de Aveiro e o Hospital Distrital de Águeda. Com o crescimento de cada instituição surge a necessidade, de cada uma assumir a sua própria autonomia, facto conseguido pelo Dec. Reg. nº18/87 de 4 de Março (Plano Director, 2005).

Em Dezembro de 2002, é incluído no grupo dos 31 hospitais que passaram a ter um estatuto de Sociedade Anónima, o que obrigatoriamente lhe confere um outro tipo de desempenho.

No final do 2005, a publicação do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, altera o estatuto jurídico do Hospital Infante D. Pedro, S.A. para Entidade Pública Empresarial.

### 4.2.2 O Hospital de São Teotónio – Viseu<sup>4</sup>

O primeiro Hospital de Viseu foi o Hospital das Chagas, pertencente à Misericórdia, e instituído entre 1565 e 1585 por Jerónimo Braga e sua mulher Isabel de

---

<sup>4</sup> Informação retirada de: <http://www.hstviseu.min-saude.pt/Historia/fhisor.htm>

Almeida. Entre os anos de 1705 e 1760, deu-se a sua reedificação e ampliação, sendo composto por duas enfermarias, para homens e mulheres.

Em 29 de Março de 1793, inicia-se a construção de um novo Hospital (denominado de Hospital Novo), visto que o existente apresentava dimensões reduzidas. A sua construção decorreu lentamente e esteve alguns anos suspensa por falta de dinheiro e por causa da Guerra da Península e guerras civis posteriores. No entanto, em 1842, e embora inacabado, recebe os primeiros doentes, apresentando nesta altura quatro enfermarias.

Em 14 de Julho de 1997, é inaugurado um novo Hospital, o Hospital de São Teotónio, sendo composto por 21 serviços, totalizando 632 camas. Mais tarde, com a sua introdução na rede de prestação de cuidados de saúde organizada pelos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos do disposto nos artigos 1º e 2º do nº1 da alínea c), do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar constante do Anexo à Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro e do artigo 2º do Decreto-lei nº 272/2002, de 9 de Dezembro, passa a ser denominado por Hospital de São Teotónio, S.A.

A partir de 7 de Junho de 2005, com a publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, passa a Hospital de S. Teotónio, E.P.E., sendo apenas o seu enquadramento legal e estatutos definidos em 29 de Dezembro com Decreto-Lei n.º 233/2005.

#### 4.3 Desenvolvimento do processo metodológico

Após termos efectuado uma breve retrospectiva sobre a evolução e novo ordenamento jurídico, no sector hospitalar, assim como, uma breve reflexão sobre as consequências que daí advieram para os profissionais de saúde no que diz respeito às novas admissões para os quadros da função pública. Iremos neste ponto do capítulo expor os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa.

Com base no objectivo e objecto de análise que desenvolvemos para este estudo, foram definidas as várias questões específicas de investigação, os instrumentos de recolha de dados seleccionados e as estratégias adoptadas no seu tratamento.

Recordamos que, no sector da saúde, a questão dos recursos humanos assume relevância particular, não só pelo elevado nível de especialização dos profissionais e pelo controlo que estes detêm nas actividades críticas das organizações, determinando a qualidade e eficiência das respostas dos sistemas de saúde, mas também pela dimensão que estes assumem (OPSS, 2009). Como sublinha Carvalho (2009), um dos principais

objectivos da NGP é o de incutir alterações nas referências e práticas dos profissionais, assim como nos mecanismos tradicionais de regulação e valores dominantes que enquadram o desenvolvimento da profissão.

Na revisão da literatura, anteriormente desenvolvida, foram discutidas as contribuições que se julgaram mais importantes para a problemática em estudo. Foi possível constatar a possibilidade de se assistir a uma mudança de paradigma na gestão hospitalar dos recursos humanos, bem como a identificação das variáveis capazes de influenciar esta mudança de paradigma.

Assim, e tendo por base a literatura, as questões de investigação que se colocam são as seguintes:

- Qual a influência da Nova Gestão Pública na reforma do Sistema Nacional de Saúde, em particular, nas instituições hospitalares e nos seus profissionais?
- Quais os efeitos das mudanças na gestão de recursos humanos, na situação de emprego dos profissionais do sector da saúde?
- Quais as potenciais diferenças entre os grupos profissionais dominantes nas instituições hospitalares?
- De que forma é que as políticas de contratação (colectiva e individual) têm evoluído na gestão de recursos humanos, nestes dois grupos profissionais no sector público, especificamente, em dois hospitais da região centro, o Hospital Infante D. Pedro – Aveiro e o Hospital São Teotónio – Viseu?
- Podem as alterações verificadas nas relações contratuais traduzir uma mudança de paradigma na gestão dos recursos humanos nestes hospitais?

É, então, a partir destas questões, articuladas com a literatura científica e a informação obtida nos dados quantitativos e nas entrevistas exploratórias, que construímos o presente estudo.

Este trabalho empírico será um estudo de casos múltiplos, transversal e descritivo, de metodologia quantitativa (será realizada uma análise quantitativa simples e descritiva dos dados disponibilizados) e qualitativa (será efectuada uma análise de conteúdo, com base nos discursos dos entrevistados) que pretende fornecer informação acerca da população em estudo, relacionando esta caracterização com as recentes alterações na administração pública.

O período em estudo situa-se entre o ano de 2002 (ano em que foi promulgado a Lei nº 27/2002 e o Decreto-lei nº 272) e o ano de 2008, sendo seleccionados dois grupos de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), por apresentarem um maior número

de efectivos na área da saúde hospitalar. A recolha de dados quantitativos decorreu entre Dezembro de 2008 e Março de 2009, constituindo-se como uma amostra intencional simples. A recolha da informação para análise foi efectuada nos Departamentos de Recursos Humanos dos dois hospitais da região centro envolvidos no estudo, tendo em conta a revisão bibliográfica e os objectivos do estudo. A informação recolhida para a elaboração deste estudo foi constituída por dados quantitativos relativos aos efectivos por grupo de pessoal - médicos e enfermeiros, segundo a relação jurídica de emprego, complementados com entrevistas semi-estruturadas aos coordenadores da área de recursos humanos, nas duas instituições envolvidas no estudo: Os hospitais Infante D. Pedro (HIP), em Aveiro e São Teotónio (HST), em Viseu.

A recolha de informação, dados quantitativos e a realização das entrevistas, junto destas instituições foram precedidas de autorização formal dos respectivos Conselhos de Administração em resultado do pedido elaborado através de uma carta dirigida ao Presidente do Conselho de Administração (Anexo I).

Dado o carácter exíguo dos dados obtidos, o tratamento dos dados quantitativos, baseou-se em análises simples e descritivas, tornando o recurso a abordagens qualitativas ainda mais pertinente como fonte de obtenção de dados mais ricos e de análises em maior profundidade.

No que diz respeito aos dados quantitativos, as duas instituições optaram por enviá-los por correio, não nos permitindo, clarificar dúvidas, em relação aos mesmos. Estes dados, estão enquadrados numa tabela única. Esta encontra-se dividida por tipo de vínculo e por número de efectivos (médicos e enfermeiros), por ano. Convém salientar, que no que diz respeito, ao hospital São Teotónio – Viseu, o ano 2008 não consta dos dados fornecidos. A razão apresentada pelo Departamento de Recursos Humanos, desta unidade hospitalar, para a sua não divulgação, prende-se com o facto de, estes ainda não terem sido objecto de análise. Embora, constem do Relatório de Contas de 2008, estes não se encontram agregados da mesma forma que foram facultados, oficialmente, pelo hospital, pelo que não foram utilizados.

Em relação às entrevistas, optou-se pela entrevista semi-estruturada. Na perspectiva de Selltiz e Silva a entrevista semi-estruturada apresenta uma maior flexibilidade, pois, permite repetir questões ou reformulá-las, garantindo que são compreendidas. Permite, ainda formular outras perguntas, tendo em vista o esclarecimento do significado da resposta estimulando o discurso do entrevistado de forma a apurar a sua consistência nas respostas. Este tipo de entrevista permite uma

maior liberdade de discurso do entrevistado (em comparação com a resposta aos questionários) e permite ao entrevistador ajustar as questões às exigências realmente vividas pelos actores no terreno. Tal pode ser considerado uma vantagem e uma desvantagem. Ou seja esta flexibilidade pode conduzir à falta de analogia entre entrevistas, para além de que pode ser mais difícil e morosa do que nos outros tipos de entrevista padronizados (Selltiz et al, 1986; Silva, 2003). Para compensar este risco e obviar os seus efeitos, utilizou-se, como recomenda Moreira (1994), Duverger (1996) e Silva (2003), um *guião de entrevista*, um instrumento particularmente apropriado para a *entrevista semi-estruturada* (Ver anexo II).

A opção pela entrevista semi-estruturada teve como propósito permitir elaborar um conjunto de questões específicas e, simultaneamente, conceder alguma liberdade aos entrevistados para poderem desenvolver livremente o seu discurso e, através dele, tornar possível uma melhor clarificação das questões em análise. Assim, foi previamente elaborado um guião de entrevista com questões específicas complementadas com outras mais abertas e flexíveis, com o objectivo, não só de responder às dúvidas que surgiram na análise dos dados quantitativos, como, enriquecer e reflectir ou encontrar novas ideias e hipóteses de trabalho. A elaboração deste guião foi estruturada em torno de dois temas centrais: 1. a evolução e as mudanças verificadas, ao longo do período em estudo, nas duas instituições hospitalares; 2. a exposição à mudança dos grupos profissionais em análise – médicos e enfermeiros; 3. as questões técnicas referentes à definição das várias formas de emprego, o modo e as circunstâncias em que estas têm sido aplicadas, assim como, a evolução desde a emergência da empresarialização nestes hospitais.

Foram efectuadas entrevistas semi-estruturadas, a cada um dos elementos com responsabilidade de direcção, no Departamento de Recursos Humanos, de cada uma das instituições hospitalares. A escolha destes dois elementos teve em conta o privilégio da sua posição, a sua experiência, a responsabilidade, a acção e o conhecimento prático sobre a realidade em análise. As entrevistas não foram gravadas, porque ambos os elementos, supramencionados, recusaram.

No capítulo seguinte serão apresentados os principais resultados da análise efectuada.

## CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A questão fulcral deste estudo prende-se com a mudança de paradigma na gestão hospitalar dos recursos humanos, centrando-se em exclusivo nos médicos e enfermeiros. Procura-se perceber se a mudança na relação jurídica de emprego dominante nestes grupos profissionais consubstancia uma mudança paradigmática ao nível da gestão de recursos humanos no contexto destas instituições hospitalares.

A análise dos dados, foi realizada através de uma abordagem quantitativa de forma a compreender a tendência de evolução da relação jurídica de emprego, e uma abordagem qualitativa para procurar alcançar uma compreensão particular e específica, das questões em análise.

Devido ao estudo ser de natureza, essencialmente, exploratória e por existir a necessidade de investigar um conjunto de características essenciais, impunha-se, a *entrevista semi-estruturada* como técnica mais adequada de recolha de dados. Esta permite recolher o testemunho dos profissionais sobre as transformações em curso e completar, assim, a análise quantitativa com outra de cariz mais qualitativa.

A análise dos dados empíricos do estudo será efectuada individualmente para cada instituição hospitalar, e segundo o grupo profissional, médicos e enfermeiros, sendo complementada com os dados da entrevista.

### 5.1 Análise dos grupos profissionais segundo a instituição hospitalar

#### 5.1.1 Pessoal médico e de enfermagem pertencente ao quadro do hospital Infante D. Pedro - Aveiro

No que concerne a esta unidade hospitalar, os dados abaixo apresentados dizem respeito à distribuição dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, por cada um dos 7 anos de avaliação em análise, por tipo de vínculo.

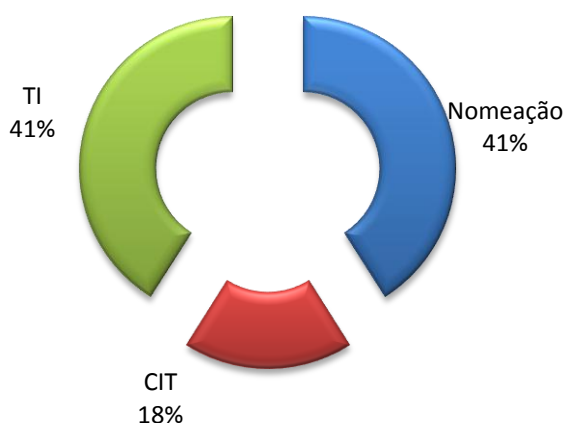
Assim, de acordo com os dados do quadro 7, e numa primeira análise, podemos inferir que existe uma mudança de paradigma, a partir de 2002, na estrutura de relação jurídica de emprego e no número de médicos que colaboram com o hospital. O número de médicos, a 31 de Dezembro de 2008, era de 281, verificando-se um acréscimo de 118 médicos, em relação a 2002.

**Quadro 7** – Distribuição do pessoal médico por relação jurídica de emprego

Tipo de Vínculo	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Vínculo definitivo</b>														
Nomeação <sup>5</sup>	134	82%	130	70%	127	61%	132	65%	118	52%	117	45%	115	41%
CIT, s/termo	0	0%	3	2%	17	8%	20	10%	30	13%	48	18%	51	18%
<b>Sub-total</b>	<b>134</b>	<b>82%</b>	<b>133</b>	<b>72%</b>	<b>144</b>	<b>69%</b>	<b>153</b>	<b>75%</b>	<b>148</b>	<b>65%</b>	<b>165</b>	<b>63%</b>	<b>166</b>	<b>59%</b>
<b>Sem vínculo defin.</b>														
CIT, c/ termo	0	0%	1	1%	0	0%	3	1%	3	1%	0	0%	0	0%
TI	29	18%	53	27%	64	31%	48	24%	75	33%	96	37%	115	41%
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>	<b>187</b>	<b>100%</b>	<b>208</b>	<b>100%</b>	<b>204</b>	<b>100%</b>	<b>226</b>	<b>100%</b>	<b>261</b>	<b>100%</b>	<b>281</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Hospital Infante D. Pedro, EPE – Aveiro, RH.

Portanto, no que diz respeito ao pessoal médico (gráfico 2), apura-se, que em 2008 a estrutura da relação jurídica neste hospital já não é maioritariamente composta por pessoal médico em regime de Nomeação (41%), sendo expressão da tendência de decréscimo que se tem vindo a verificar ao longo dos últimos anos. Segue-se-lhe o regime por prestação de serviços (Trabalhador Independente) (41%), com um crescimento importante nos últimos anos, e o regime de Contrato Individual de Trabalho s/ termo (18%).

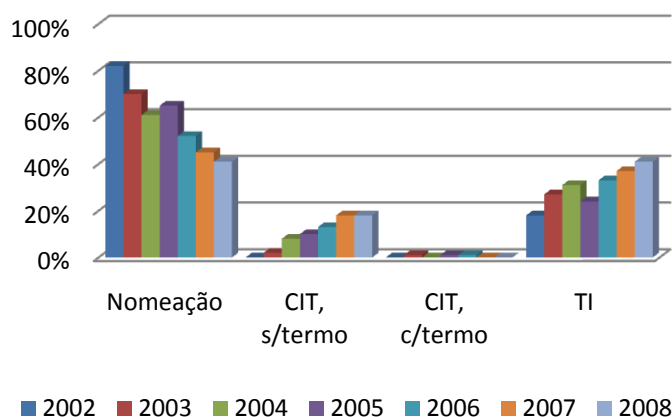
**Gráfico 2** - Pessoal médico por vínculo, em 2008

<sup>5</sup> Nomeação – referente aos profissionais que se encontram em regime de Nomeação. A nomeação confere ao nomeado a qualidade de funcionário, o qual preenche um lugar do quadro, assegurando o exercício profissionalizado de funções próprias do serviço público com carácter de permanência (decreto-lei nº 427/89 e decreto-lei nº 184/89). Com a publicação da Lei 12-A/2008, são definidos novos regimes de vinculação, pelo que, o regime de nomeação deixa de ser utilizado, para estes profissionais.



Em relação ao peso relativo dos médicos (gráfico 3) em regime de Nomeação,

**Gráfico 3 - Evolução do pessoal médico, por vínculo**



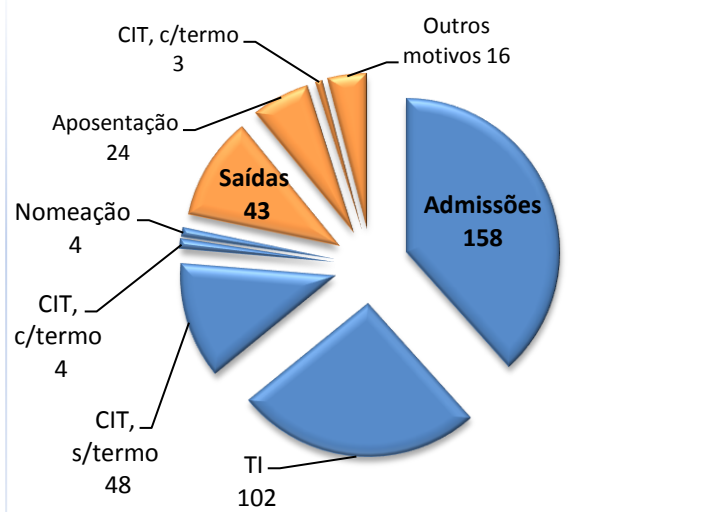
este tem diminuído, destacando-se neste período o ano 2002 e 2006, com uma diminuição de 12% e 13%, respectivamente. No que diz respeito, ao peso relativo dos médicos em regime de prestação de serviços (Trabalhador

Independente), este tem crescido a um ritmo de 4% ano, com excepção do ano 2006, onde apresentou um crescimento de 9%.

Quanto ao número de médicos admitidos (gráfico 4), ao longo deste período (2002 - 2008), foi de 158,

situando-se o número de saídas em 43 profissionais. As admissões efectuadas foram, 102 por prestação de serviços (Trabalhador Independente), 48 por Contrato Individual de Trabalho s/termo, 4 por Contrato Individual de Trabalho c/ termo, e 4 por

**Gráfico 4 - Admissões/Saídas, por vínculo**



regime de Nomeação. Relativamente às saídas de médicos, 24 foram motivadas por aposentações, 3 por caducidade de Contratos Individuais de Trabalho c/ termo e 16 por outros motivos (efectivos em regime de prestação de serviços).

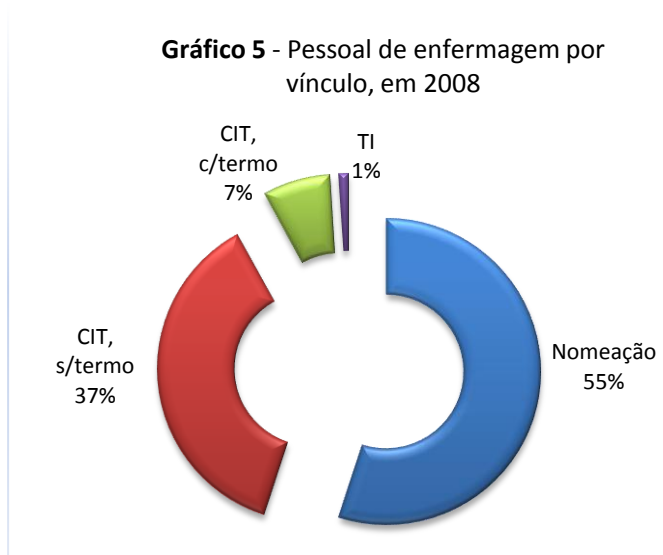
Em relação aos enfermeiros, e de acordo com os dados do quadro 8, podemos, também, inferir uma mudança, a partir de 2002, na estrutura de relação jurídica de emprego, assim como no número de enfermeiros que colaboram com o hospital. O número de enfermeiros, a 31 de Dezembro de 2008, era de 508, traduzindo-se num aumento de 113 enfermeiros, em relação a 2002.

**Quadro 8 – Distribuição do pessoal de enfermagem por relação jurídica de emprego**

Tipo de Vínculo	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Vínculo definitivo</b>														
Nomeação <sup>6</sup>	345	91%	331	84%	311	80%	312	75%	299	65%	289	60%	279	55%
CIT, s/termo	0	0%	0	0%	0	0%	46	11%	159	34%	190	39%	186	37%
<b>Sub-total</b>	<b>345</b>	<b>91%</b>	<b>331</b>	<b>84%</b>	<b>311</b>	<b>80%</b>	<b>358</b>	<b>86%</b>	<b>458</b>	<b>99%</b>	<b>479</b>	<b>99%</b>	<b>465</b>	<b>92%</b>
<b>Sem vínculo defin.</b>														
CIT, c/ termo	30	8%	61	15%	76	19%	56	13%	2	0,5%	0	0%	36	7%
TI	2	1%	2	1%	2	1%	2	1%	2	0,5%	2	1%	7	1%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>	<b>394</b>	<b>100%</b>	<b>389</b>	<b>100%</b>	<b>416</b>	<b>100%</b>	<b>462</b>	<b>100%</b>	<b>481</b>	<b>100%</b>	<b>508</b>	<b>100%</b>

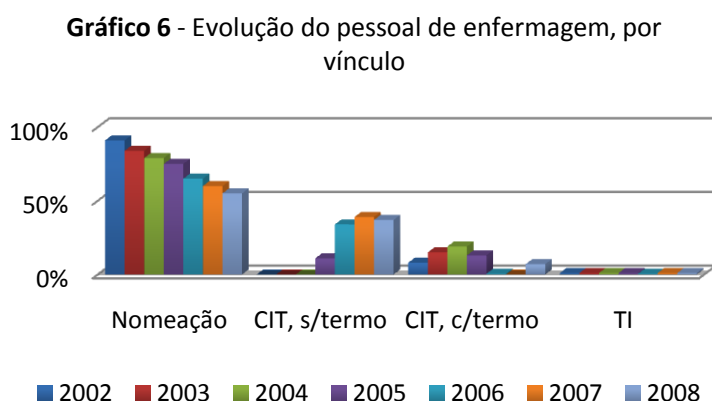
**Fonte:** Hospital Infante D. Pedro, EPE – Aveiro, RH, 2002 a 2008.

No que concerne ao pessoal de enfermagem (gráfico 5), verifica-se que a estrutura da relação jurídica neste hospital ainda é maioritariamente composta por pessoal de enfermagem em regime jurídico de Nomeação (55%), no entanto, é possível constatar uma redução, ao longo dos anos. Segue-se-lhe os que se encontram em regime de Contrato Individual de Trabalho, sem e com termo (44%) e o regime de prestação de serviços (Trabalhador Independente) (1%).



<sup>6</sup> Nomeação – referente aos profissionais que se encontram em regime de Nomeação. A nomeação confere ao nomeado a qualidade de funcionário, o qual preenche um lugar do quadro, assegurando o exercício profissionalizado de funções próprias do serviço público com carácter de permanência (decreto-lei nº 427/89 e decreto-lei nº 184/89). Com a publicação da Lei 12-A/2008, são definidos novos regimes de vinculação, pelo que, o regime de nomeação deixa de ser utilizado, para estes profissionais.

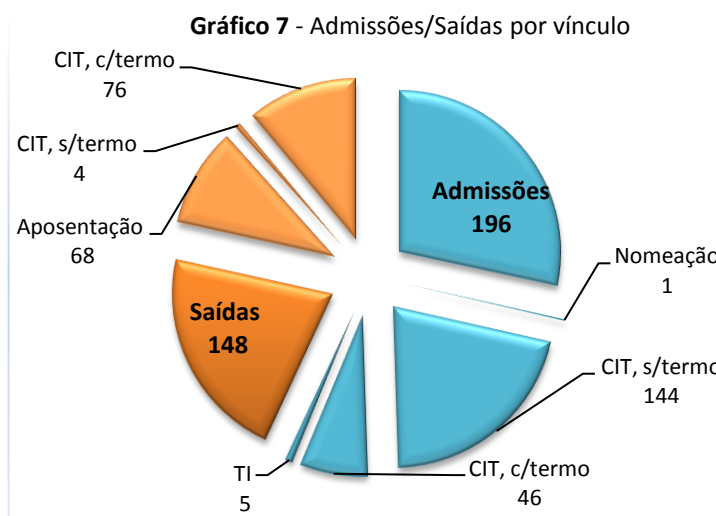
Em relação ao peso relativo dos enfermeiros em regime de Nomeação (gráfico 6), verifica-se que este tem diminuído, destacando-se o ano 2006, com uma redução de



10%. Quanto ao peso relativo dos enfermeiros em regime de Contrato Individual de Trabalho s/ termo tem crescido, nos últimos anos, destacando-se o ano

2006, com uma taxa de crescimento de 24%.

Quanto ao número de enfermeiros admitidos (gráfico 7), ao longo deste período (2002 - 2008), foi de 196, o número de saídas foi de 148. As admissões foram efectuadas, maioritariamente (144) por Contrato Individual de Trabalho s/termo, 46 por Contrato Individual de Trabalho c/termo, 5 em prestação de serviços (Trabalhador Independente) e 1 por regime de Nomeação. Relativamente às saídas de enfermeiros, 76 ocorreram por caducidade dos Contratos Individuais de Trabalho c/termo, 68 foram motivadas por aposentação e 4 por anulação do contrato individual de trabalho s/termo.



foram motivadas por aposentação e 4 por anulação do contrato individual de trabalho s/termo.

Assim, no que diz respeito ao hospital Infante D. Pedro, os resultados acima descritos permitem-nos concluir, que ambos os grupos profissionais (médicos e enfermeiros) apresentam uma redução dos efectivos em regime de Nomeação, sendo esta, mais significativa nos médicos. Esta tendência de redução de médicos e enfermeiros, em regime de Nomeação, deve continuar, mantendo-se o quadro<sup>7</sup> de

<sup>7</sup> Quadro de Pessoal, médicos e enfermeiros, do hospital Infante D. Pedro, que estão em regime de função pública ou nomeação.

peçoal deste hospital com carácter residual, ou seja, exclusivamente para efeitos de concurso de acesso para uma categoria superior, sendo os respectivos lugares a extinguir quando vagarem, da base para o topo.

Contudo, embora se assista a uma redução de efectivos em regime de Nomeação, ambos os grupos profissionais apresentam um crescimento do número de efectivos, ao longo deste período.

No caso dos médicos este crescimento passa, essencialmente, pela colaboração em regime de prestação de serviços e CIT, s/termo. Apesar do CIT, s/termo tenha sido introduzido em 2003, este nunca assumiu a importância, nem o crescimento, do regime em prestação de serviços.

No que diz respeito aos enfermeiros, é o CIT (c/termo e s/termo) que se assume como opção preferencial de vínculo. Em relação ao CIT, c/termo, este é predominante, até 2004, sendo progressivamente substituído pelo CIT, s/termo a partir de 2005. O CIT, c/termo, é novamente, utilizado em 2008.

Por fim, constata-se, que as medidas de controlo e contenção para novas admissões têm resultado, unicamente, para admissões em regime de nomeação, visto que o recurso à contratação para o exercício de funções permanentes (CIT, s/termo) ou temporárias (CIT, c/termo) tem superado as saídas de profissionais, médicos e enfermeiros. Quanto ao crescimento verificado na admissão de médicos e enfermeiros, em prestação de serviços e em contrato individual de trabalho, está relacionado, não só, com o aumento do número de utentes que recorrem a esta instituição, o que levou a aumento no número de serviços, especialidades, consultas, mas também, à entrada em funcionamento da nova urgência, em 2006, que apresenta, em relação à anterior, uma maior dimensão e diferenciação de serviços que presta ao utente.

#### 5.1.2 Pessoal médico e de enfermagem pertencente ao quadro do hospital São Teotónio - Viseu

No que concerne a esta unidade hospitalar, os dados abaixo apresentados dizem respeito à distribuição dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, no período que medeia entre 2002 e 2007. Salienta-se a inexistência de dados para o ano de 2008<sup>8</sup>.

Assim, de acordo com os dados do quadro 9, e tal como já tínhamos verificado anteriormente, podemos inferir a mudança de paradigma, a partir de 2002, na estrutura

---

<sup>8</sup> Tal como, referido, anteriormente, os dados de 2008 não foram fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos do Hospital São Teotónio, por estes ainda não terem sido processados, apesar de, constarem do Relatório de Contas de 2008, estes não se encontram agregados da mesma forma que foram facultados, oficialmente, pelo hospital.

de relação jurídica de emprego e no número de médicos que colaboram com o hospital. O número de médicos, a 31 de Dezembro de 2007, era de 237, verificando-se um acréscimo de 38 médicos, em relação a 2002.

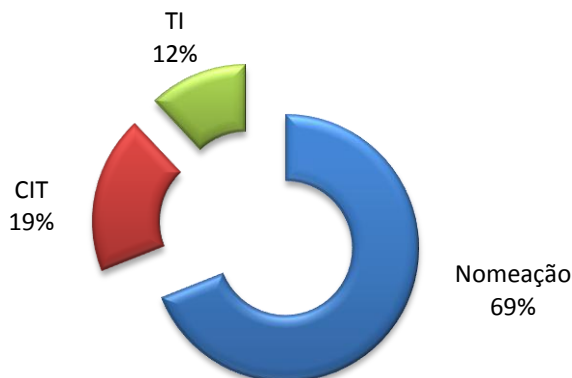
**Quadro 9** – Distribuição do pessoal médico por relação jurídica de emprego

Tipo de Vínculo	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Com vínculo definitivo</b>												
Nomeação	195	98%	185	95%	180	87%	182	94%	165	75%	163	69%
CIT, s/termo	0	0%	0	0%	0	0%	18	6%	27	12%	46	19%
<b>Sub-total</b>	<b>195</b>	<b>98%</b>	<b>185</b>	<b>95%</b>	<b>180</b>	<b>87%</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>	<b>192</b>	<b>87%</b>	<b>209</b>	<b>88%</b>
<b>Sem vínculo definitivo</b>												
CIT, c/ termo	4	2%	9	5%	12	6%	0	0%	2	2%	0	0%
TI	0	0%	0	0%	15	7%	0	0%	25	11%	28	12%
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>100%</b>	<b>194</b>	<b>100%</b>	<b>207</b>	<b>100%</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>	<b>219</b>	<b>100%</b>	<b>237</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu, RH, 2002 a 2007

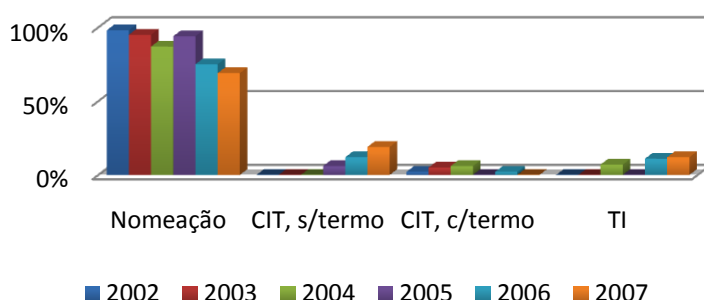
No que diz respeito ao pessoal médico (gráfico 8), verifica-se que, em 2007, a estrutura de relação jurídica neste hospital é maioritariamente composta por pessoal médico em regime jurídico de Nomeação (69%), no entanto, a diminuição, ao longo deste período é notória. Segue-se-lhe o regime de Contrato Individual de Trabalho (19%), e o contrato por prestação de serviços (Trabalhador Independente) (12%), ambas com um crescimento importante, nos últimos anos.

**Gráfico 8** - Pessoal médico por vínculo, em 2007



Em relação ao peso relativo dos médicos em regime de Nomeação (gráfico 9),

**Gráfico 9 - Evolução do pessoal médico, por vínculo**



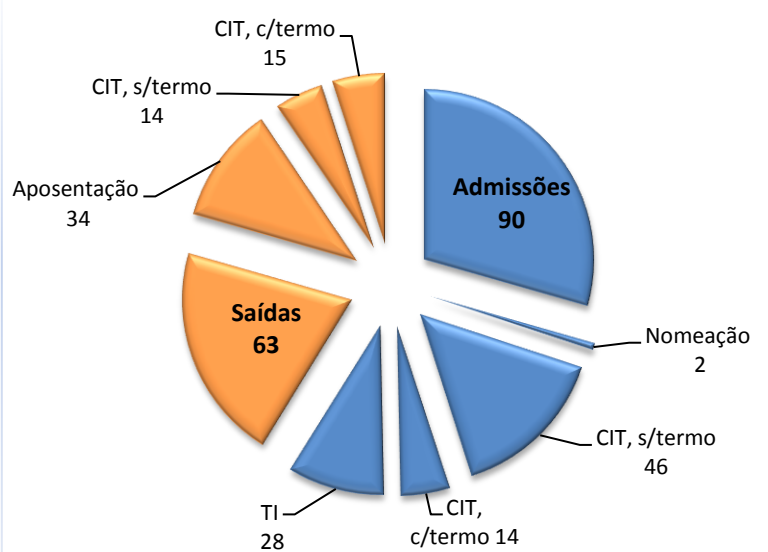
verifica-se que este tem diminuído, destacando-se o ano 2006, com uma redução de 19%. Quanto ao regime de Contrato Individual de

Trabalho s/ termo, este só passou a assumir importância a partir de 2005, apresentando uma taxa de crescimento, em 2007 de 7%.

Quanto ao número de médicos admitidos (gráfico 10), ao longo deste período (2002 - 2007), foi de 90, o número de saídas foi de 63. As admissões foram efectuadas 2 em regime de Nomeação, 46 por Contrato Individual de Trabalho s/termo, 14 por Contrato Individual de Trabalho c/termo, e 28 em prestação de serviços (Trabalhador Independente).

Relativamente às saídas de médicos, 34 foram por aposentação, 14 por caducidade de Contratos Individuais de Trabalho c/termo, e

**Gráfico 10 - Admissões/Saídas**



15 por outros motivos (efectivos em regime de prestação de serviços).

Em relação aos enfermeiros, e de acordo com os dados do quadro 10, podemos, também, inferir uma mudança, a partir de 2002, na estrutura de relação jurídica de emprego, assim como no número de enfermeiros que colaboram com o hospital. O número de enfermeiros, a 31 de Dezembro de 2007, era de 727, aferindo-se um aumento de 111 enfermeiros, em relação a 2002.

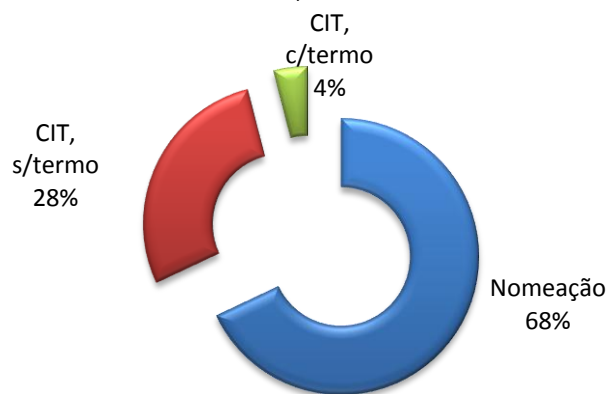
**Quadro 10** – Distribuição do pessoal de enfermagem por relação jurídica de emprego

Tipo de Vínculo	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Com vínculo definitivo</b>												
Nomeação	546	89%	543	88%	534	78%	518	75%	505	71%	494	68%
CIT, s/termo	0	0%	0	0%	0	0%	125	18%	165	23%	203	28%
<b>Sub-total</b>	<b>546</b>	<b>89%</b>	<b>543</b>	<b>88%</b>	<b>534</b>	<b>78%</b>	<b>643</b>	<b>93%</b>	<b>670</b>	<b>94%</b>	<b>697</b>	<b>96%</b>
<b>Sem vínculo definitivo</b>												
CIT, c/ termo	70	11%	74	12%	150	22%	52	7%	43	6%	30	4%
TI	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>100%</b>	<b>613</b>	<b>100%</b>	<b>684</b>	<b>100%</b>	<b>695</b>	<b>100%</b>	<b>713</b>	<b>100%</b>	<b>727</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu, RH, 2002 a 2007

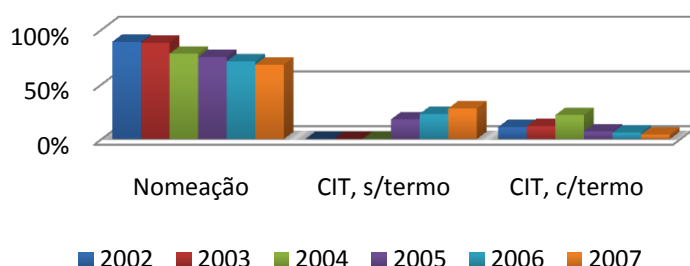
No que diz respeito ao pessoal de enfermagem (gráfico 11), verifica-se que a estrutura da relação jurídica neste hospital ainda é maioritariamente composta por pessoal de enfermagem em regime jurídico de Nomeação (68%), mas com uma redução de efectivos, ao longo dos anos, neste tipo de regime. O pessoal em regime de Contrato Individual de Trabalho, sem e com termo (32%), é a segunda opção de vínculo mais importante, demonstrando um crescimento importante, desde 2005.

**Gráfico 11** - Pessoal de enfermagem por vínculo, em 2007



Em relação ao peso relativo dos enfermeiros em regime de Nomeação (gráfico

**Gráfico 12** - Evolução do pessoal de enfermagem, por vínculo

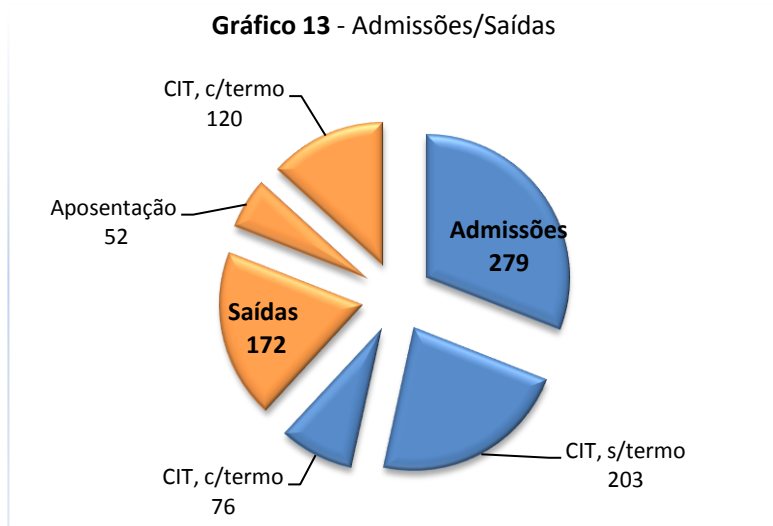


12), verifica-se que este tem diminuído, destacando-se o ano 2004, com uma redução de

10%. Quanto ao regime de Contrato Individual de Trabalho, constata-se, que até 2005, existe uma opção clara, pelo CIT, c/termo. A partir de 2005, o CIT, s/termo, é o regime contratual de eleição, apresentando uma taxa de crescimento de 18%.

Quanto ao número de enfermeiros admitidos (gráfico 13), ao longo deste período (2002 - 2007), foi de

279, o número de saídas foi de 172 profissionais. As admissões foram efectuadas, 203 por Contrato Individual de Trabalho s/termo e 76 por Contrato Individual de Trabalho c/termo. Relativamente às saídas



de enfermeiros, 52 foram por aposentação e 120 por caducidade de Contratos Individuais de Trabalho c/termo.

Assim, em relação ao hospital São Teotónio, os resultados permitem-nos concluir, que em ambos os grupos profissionais (médicos e enfermeiros), ainda é predominante o regime de Nomeação (embora tenha vindo a diminuir) nos dois grupos profissionais. Também aqui, a tendência de redução nos colaboradores, médicos e enfermeiros, em regime de Nomeação, em princípio, deve continuar, mantendo-se o quadro<sup>9</sup> de pessoal deste hospital, com carácter residual, ou seja, exclusivamente para efeitos de concurso de acesso para uma categoria superior, sendo os respectivos lugares a extinguir quando vagarem, da base para o topo.

No entanto, e embora se assista a uma redução de efectivos em regime de Nomeação, ambos os grupos profissionais apresentam um crescimento do número de efectivos, ao longo deste período. No caso dos médicos este crescimento passa muito pela colaboração em regime de CIT, s/termo (prática que se vulgarizou a partir de 2005, tornando-se o vínculo mais importante, a seguir ao regime de função pública), e o regime de prestação de serviços (prática que foi introduzida em 2004).

<sup>9</sup> Quadro de Pessoal, médicos e enfermeiros, do hospital São Teotónio, que estão em regime de função pública ou nomeação.



No que diz respeito aos enfermeiros, é o CIT (s/termo e c/termo) que se assume como opção de vínculo. O CIT, c/termo como relação contratual, predominante, até 2004, sendo progressivamente substituída pelo CIT, s/termo a partir de 2005.

Por fim, e como constatado anteriormente, as medidas de controlo e contenção para novas admissões têm resultado, unicamente, para admissões em regime de função pública, visto que, o recurso à contratação para o exercício de funções permanentes (CIT, s/termo) ou temporárias (CIT, c/termo) têm superado as saídas. O crescimento verificado na admissão de médicos e enfermeiros, nesta instituição hospitalar, em prestação de serviços e em contrato individual de trabalho está relacionado, com o aumento no número de serviços, especialidades, consultas e uma urgência com maiores dimensões e diferenciação de serviços, assim como um maior fluxo de utentes.

### 5.1.3 Pessoal médico e de enfermagem, uma análise conjunta

Após se ter efectuado uma análise individualizada dos dados relativos ao pessoal médico e de enfermagem, para cada uma das instituições hospitalares, é pertinente realizar uma análise conjunta.

No que concerne aos aspectos comuns verificamos que em ambas as instituições o número de profissionais nestas categorias aumentou. No entanto, verifica-se uma diminuição no número de colaboradores, médicos e enfermeiros, em regime de Nomeação, desde 2002. Esta redução é coincidente com a introdução de medidas de controlo para novas admissões existentes desde 1996. Castel-Branco e os seus colegas (2008) comprovaram que esta redução está relacionada com a introdução de medidas de controlo que visaram a contenção de novas admissões, estimulando a contratação para o exercício de funções temporárias acentuada com legislação mais recente (Lei n.º 27/2002, Decreto-lei n.º 233/2005 e Lei n.º 12-A/2008).

É neste sentido, que a empresarialização dos hospitais vem permitir às administrações hospitalares uma maior facilidade na contratação de novos colaboradores, em regime de CIT e prestação de serviços, ultrapassando desta forma as restrições no que diz respeito às entradas na AP, em regime de Nomeação. Por outro lado, podemos inferir que esta redução, tal como referido anteriormente, é uma tendência que irá permanecer, visto que, a partir de 2006, não se verificaram mais entradas em regime de Nomeação, nestes dois hospitais, ficando o quadro de pessoal<sup>10</sup>,

---

<sup>10</sup> Este Quadro de Pessoal é referente aos profissionais (médicos e enfermeiros) que estão em regime de nomeação.

de cada uma das instituições hospitalares, reservado apenas para efeitos de concurso de acesso a lugares de carreira.

Portanto, em 2008, afere-se que no regime de emprego dominante<sup>11</sup>, no HIP, e HST, centra-se na relação jurídica de emprego de Nomeação e Contrato. Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), objecto do nosso estudo, ainda são na sua grande maioria pessoal em regime de Nomeação, isto é, pertencem a um lugar de quadro de carácter permanente, que lhes confere um estatuto de emprego seguro. Contudo, desde 2002, que o regime de emprego mais utilizado nestes profissionais de saúde, nestas duas instituições hospitalares, é a relação jurídica com base no Contrato Individual de Trabalho, que configura uma relação jurídica de emprego mais precária.

Neste sentido, o crescimento de colaboradores (médicos e enfermeiros), nestas duas instituições hospitalares, dá-se, principalmente, à custa do crescimento do regime de prestação de serviços (Trabalhador Independente) e do regime de CIT (s/termo e c/termo). Esta ocorrência parece estar de acordo com as novas políticas adoptadas ao nível do regime de emprego público (CIT) e do modelo de gestão de recursos humanos, as quais visam não só a contenção na admissão de elementos no vínculo por Nomeação, como se lhe associa uma maior flexibilidade dos recursos humanos. Constata-se, desta forma, a reconfiguração do emprego e a substituição do vínculo por Nomeação por outras modalidades de emprego. E a consequente transição progressiva do emprego estável para um emprego mais instável no sector público.

Em relação ao número de admissões de profissionais nestes hospitais, esta tem sido superior às saídas, destacando-se o grupo profissional dos enfermeiros com maior mobilidade, traduzida num maior número de admissões/saídas, neste período (2002 - 2008).

Por fim, constata-se que o crescimento na admissão de médicos e enfermeiros, em prestação de serviços e em contrato individual de trabalho, nestas duas instituições hospitalares, é justificado com a necessidade de melhorar a eficácia e acessibilidade aos cuidados de saúde prestados, e uma maior diferenciação nos serviços que prestam ao utente (aumento da área de atendimento, número de serviços, especialidades e consultas).

No que concerne aos aspectos de divergência entre as duas instituições hospitalares, pode-se constatar que há diferenças entre profissionais no que diz respeito

---

<sup>11</sup> Regime actualmente alterado por força da entrada em vigor da Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro de 2008.

à estrutura de relação jurídica de emprego utilizada. Nos médicos afere-se que no hospital Infante D. Pedro há uma preferência pelo regime de prestação de serviços, enquanto, no hospital São Teotónio, é o regime CIT, s/termo. Para os enfermeiros constata-se que no hospital Infante D. Pedro há uma preferência pelo regime de CIT, c/termo, enquanto, no hospital São Teotónio, é o regime CIT, s/termo.

Estes resultados permitem-nos aferir uma perspectiva divergente na gestão de recursos humanos, nestas duas instituições hospitalares, para estes dois grupos profissionais (médicos e enfermeiros). Se no hospital Infante D. Pedro, há uma tendência para efectuar contratos temporários, permitindo uma maior flexibilidade no regime dos despedimentos, no hospital São Teotónio a política contratual vai no sentido de transmitir uma maior estabilidade no emprego a estes profissionais (médicos e enfermeiros).

Em conclusão podemos afirmar que, apesar da tendência geral na administração pública para o aumento da flexibilidade e da insegurança de emprego, exista alguma autonomia por parte da gestão hospitalar. A forma como os dois hospitais respondem às pressões impostas pelo ambiente externo demonstra que existe uma capacidade de resposta diferenciada assente em práticas de contratação conducentes a uma maior ou menor flexibilidade e insegurança.

## 5.2 A entrevista: uma perspectiva experiencial

Após a análise quantitativa efectuada, procurámos analisar, também, com este tema, as alterações que, na perspectiva dos actores entrevistados, é possível encontrar na definição das várias formas de emprego, no modo e nas circunstâncias em que estas têm sido aplicadas, nos grupos profissionais em análise – médicos e enfermeiros, assim como, a sua evolução desde o surgimento da empresarialização nestes hospitais.

Desenvolvemos a discussão dos dados qualitativos em torno de três categorias de análise que considerámos essenciais: 1. Percepção sobre a relação jurídica de emprego; 2. Percepção sobre alterações na relação jurídica; e 3. Impacto das alterações no número de efectivos.

### 5.2.1 Percepções sobre a relação jurídica de emprego

Neste ponto de capítulo, iremos confirmar que no que concerne à relação jurídica de emprego, e de acordo com a literatura, os entrevistados têm a noção de que

esta se tem vindo a alterar devido à desregulação e reconfiguração do modelo de gestão de recursos humanos nos hospitais.

Ao longo das entrevistas realizadas aos dois responsáveis, nos seus contextos laborais, foi possível constatar uma forte percepção das mudanças ocorridas nos vínculos de trabalho. Esta alteração é posta em evidência no entendimento que os entrevistados manifestam em relação à relação jurídica de emprego:

“Antes de 2002, a relação jurídica de emprego predominante era a de nomeação. Todos os funcionários que entravam para a função pública, quadro de nomeação, tinham que ficar um ano há experiência para comprovar das suas capacidades, transitando no final desse período para o quadro - nomeação. A partir de 2002 deixou de existir. Com a aprovação de legislação que permitiu a passagem desta instituição para SA alteram-se as regras de admissão de pessoal (...). Desaparece a relação jurídica de emprego por nomeação, contudo quem está nesta situação é-lhe permitido subir na carreira (...) (RH<sup>12</sup>, HIP).”

“Antes de 2002 a maioria dos médicos e enfermeiros entravam por concurso público de acesso. O trabalhador que entrasse na AP por concurso de acesso para uma determinada categoria, grupo profissional, tinha que fazer um período experimental de um ano, passando a definitivo se não existisse nada em contrário. Depois de 2002, deixou de existir o quadro de nomeação, só existem concursos de acesso a lugares de carreira, extinguindo-se os lugares de base que ficam desocupados (RH, HST).”

Entende-se, pela opinião expressa dos entrevistados que a transformação do modelo de gestão de recursos humanos, está associada à empresarialização o que seria de esperar dado que, como referimos antes, este modelo permite uma maior proximidade às práticas de recursos humanos dominantes no sector privado. As mudanças verificadas nestes hospitais conduziram a que, neste momento, se assista à coexistência de relações de emprego de diferentes tipos.

### 5.2.2 Percepção sobre alterações na relação jurídica

No que diz respeito às alterações na relação jurídica, verificámos que a aplicação de legislação (Lei nº 27/2002, Decreto-lei nº 272/2002, Lei 12-A/208) impôs alterações consubstanciadas na tentativa de enquadrar as propostas de contratação nas leis do mercado de trabalho.

A alteração dos vínculos é detectada pelos entrevistados como tendo o seu maior impulso com a empresarialização dos hospitais, ou seja, com os Hospitais Sociedades Anónimas (SA) e Hospitais Entidades Publicas Empresariais (EPE), de capitais maioritariamente públicos. A partir desta altura, a contratação dos novos profissionais (médicos e enfermeiros) passa a ser feita através de contratos individuais de trabalho

---

<sup>12</sup> Recursos Humanos

(sem e com termo), e mesmo os profissionais já existentes passam a ter a possibilidade de alterar o seu vínculo, negociando directamente com os conselhos de administração dos respectivos hospitais, como previsto na Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro:

“ (...) a passagem deste hospital a SA, fez com que todas as admissões de efectivos, médicos e enfermeiros, sejam por contrato individual de trabalho. A relação jurídica de emprego predominante passa a ser o Contrato Individual de trabalho, s/termo, para médicos e enfermeiros. A partir de 2008, já na situação de EPE, passa a utilizar-se outra situação laboral, o Contrato Individual de trabalho, c/termo, mas só para os enfermeiros (...) (RH, HIP).”

“ (...) a partir de 2002, ao abrigo do regime laboral privado, e com a passagem da instituição a SA, todos os efectivos passam a pertencer ao quadro da empresa. A partir de 2002, existem dois quadros: os que exercem trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (quadro nomeação) e os que exercem o contrato individual de trabalho s/termo (quadro empresa). (RH, HST).”

Ambos os entrevistados admitem que esta reconfiguração do emprego surgiu devido à impossibilidade de admitir novos profissionais<sup>13</sup>, o que levou à introdução de práticas de contratualização de pessoal através de contratos de trabalho a termo certo, de contratos de prestação de serviços e a interposição de sujeitos não públicos na relação de emprego:

“O contrato individual de trabalho, c/termo, foi utilizado com maior frequência no final de 2008, por opção do Conselho de Administração, e com a intenção de colmatar a falta de pessoal de enfermagem para as situações de, falta por baixa médica, licença de maternidade, licença sem vencimento, (...). Só acontece nos enfermeiros. Esta situação permite ultrapassar a falta de enfermeiros nos serviços, e tem pouco peso no orçamento (RH, HIP).”

“O contrato individual de trabalho, c/ termo, só é utilizado para um determinado período (férias, licença sem vencimento, ... etc). Permite ultrapassar a falta de enfermeiros nos serviços. É outra forma de ultrapassar as dificuldades orçamentais (RH, HST).”

Pela posição dos interlocutores, verifica-se, que a transformação da estrutura organizacional e gestionária do sector hospitalar (como resultado da introdução da empresarialização) produziu alterações nas condições de emprego, para os profissionais de saúde, nomeadamente, na contratação de pessoal, ficando esta dependente da lei do mercado de trabalho (oferta/procura). No que diz respeito, a estas duas instituições, detectam-se dois tipos de procedimento na contratação de pessoal. Uma das formas

---

<sup>13</sup> Antes de 2002, as instituições hospitalares estavam dependentes de “cotas de descongelamento” para os recursos humanos. Estas encontravam-se contempladas no orçamento que era destinado, anualmente, para cada instituição hospitalar, pelo Ministério da Saúde. A partir de 2002, as instituições hospitalares passam a ser responsáveis por enviar, anualmente, um Plano de Actividades, o qual engloba o orçamento previsto – produção, recursos humanos e parte financeira, sendo este negociado com o Ministério da Saúde.

contratuais (CIT, c/termo) é eleita essencialmente, devido a uma maior oferta destes profissionais:

“Nos enfermeiros como existe muita oferta, é possível fazer o contrato individual c/termo (RH, HIP).”

“Os enfermeiros devido à maior oferta, têm maior dificuldade em arranjar emprego. (...) é possível fazer o contrato individual de trabalho, c/termo (...) (RH, HST).”

A outra forma contratual (Trabalhador Independente), em oposição, está relacionada com uma maior procura de profissionais:

“ A prestação de serviços (Trabalhador Independente) só se utiliza no pessoal médico, devido à escassez de recursos em determinadas especialidades. E também porque na maioria das vezes é difícil contratar o médico especialista por não existir oferta suficiente. Esta é a única forma de ultrapassar este problema. (...) Os médicos na urgência nesta situação laboral, geralmente, são médicos de clínica geral. (RH, HIP).”

Mas, também, com uma maior flexibilidade na utilização dos recursos humanos de acordo com as necessidades dos serviços:

“ A prestação de serviços, é utilizada só na urgência, e só com os médicos, (...) só se utiliza no pessoal médico, para colmatar a falta de médicos neste sector. Também porque podemos contratar mais médicos nos períodos em que nos fazem mais falta, e reduzir quando não é necessário (RH, HST).”

Contudo, no grupo profissional dos médicos, verifica-se que a escassez também pode constituir a garantia de uma relação jurídica de emprego mais estável:

“Por razões de experiência, no caso dos médicos utiliza-se sempre o CIT s/Termo (RH, HIP).”

“Nos médicos utilizamos o CIT, s/termo, devido à dificuldade em encontrar especialistas (RH, HST).”

Estas citações parecem revelar, que a descentralização organizacional e consequente desregulação do padrão de relações de emprego está a produzir uma reconfiguração no mercado interno de trabalho destes dois hospitais. Neste quadro existe no processo de gestão de recursos humanos destes hospitais (e cremos que na totalidade dos hospitais portugueses devido à imposição legal), uma maior flexibilidade na contratação de pessoal, fora do quadro da AP (com a consequente alteração na relação jurídica de emprego), uma maior precariedade de vínculo nas novas admissões, e uma maior facilidade nas admissões e despedimentos que parece ser mais evidente no caso das profissões socialmente menos valorizadas.

### 5.2.3 Impacto das alterações no número de efectivos

No que concerne às alterações no número de efectivos, e embora a literatura dê ênfase a várias medidas introduzidas pelos vários governos, com o objectivo de um maior controlo nos custos e sobredimensionamento dos recursos humanos, constatámos na opinião dos entrevistados, algum insucesso na aplicação das mesmas.

Assim, e apesar de se estar a assistir a um novo paradigma das formas de regulação tradicionais e da autonomia dos profissionais que exercem a sua actividade profissional, verificámos que a nova situação organizacional não conduziu à redução no número de profissionais nestas duas instituições hospitalares:

“ (...) aumentaram o número de serviços, valências, especialidades, maior nº de consultas, de MCDTs, que fez com que aumentasse a afluência neste hospital, daí a necessidade de contratar mais pessoal médico e de enfermagem. Este aumento no número de RH pode ser justificado pelo Conselho de Administração pela existência das necessidades (RH, HIP).”

“ (...) o hospital cresceu em nº de serviços, especialidades, valências, nº de MCDTs, unidades de cuidados intermédios, para isso é preciso contratar mais médicos e enfermeiros (RH, HST).”

Constatámos que na percepção dos actores entrevistados, o crescimento no número de profissionais (médicos e enfermeiros) está, também, relacionado com a procura de eficiência, qualidade de atendimento e satisfação dos utilizadores:

“ (...) os utentes estão mais exigentes, fazem queixa por tudo e por nada. Já não têm medo de fazer queixa do médico ou do enfermeiro. O utente (...) quer mais qualidade, eficácia e rapidez no atendimento (RH, HIP).”

É clara a mudança de paradigma na gestão de recursos humanos no contexto hospitalar (no sentido de uma maior flexibilização e precariedade dos vínculos). No entanto, ela não é homogénea. O estudo de caso permite concluir que existem diferentes situações não só entre profissionais mas também institucionais com os diferentes conselhos de administração a tomarem decisões distintas para dar resposta às imposições legais.

## CONCLUSÃO

Aproximando-se o fim deste trabalho empírico, mas não finalizada a investigação, porque o conhecimento científico é sempre incompleto, incentivando a procura de novos contributos, é importante reunir, neste ponto de capítulo, os conteúdos mais relevantes, reflectir sobre eles, e integrá-los de uma forma coerente, de modo a sugerir pistas que conduzam a novos esforços de pesquisa.

A razão que esteve na base deste estudo surgiu por termos comprovado a escassez de estudos sobre esta temática, e pelo facto de, a literatura não esclarecer o possível impacto dos novos modelos de gestão de recursos humanos na administração pública. Assim, a necessidade de, no actual contexto da saúde, avaliar as implicações que estes modelos estão a ter nas relações jurídicas de emprego, conferiu pertinência a este estudo.

Seleccionámos dois hospitais públicos da região centro, com o estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE) com modelos de gestão de recursos humanos e número de efectivos semelhante. Concretamente, fizeram parte da amostra os profissionais, médicos e enfermeiros, a exercer funções no hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, e no hospital São Teotónio, em Viseu.

Tratou-se de um estudo de casos múltiplos, transversal e descritivo, de metodologia quantitativa (análise quantitativa simples e descritiva dos dados disponibilizados) e qualitativa (análise de conteúdo, com base nos discursos dos entrevistados) de forma a obtermos informação acerca da população em estudo, relacionando-a com as recentes alterações na administração pública.

Com base na literatura tentámos construir uma grelha de análise dos dados por forma a encontrar respostas para as questões de investigação formuladas, pelo que, julgamos útil recordar os temas introduzidos na discussão teórica desenvolvida ao longo do trabalho empírico, de forma a recapitularmos os pontos mais importantes sujeitos a análise, assim como as implicações da sua aplicação no contexto nacional.

Abordámos as mudanças que ocorreram na AP e nos sistemas de saúde, na Europa Ocidental, com o intuito de percebermos a influência de determinados acontecimentos, que se revelaram importantes, para a definição do modelo de gestão pública europeu, como o conhecemos hoje, tais como: o surgimento do cameralismo, a revolução francesa, o modelo burocrático definido por Weber, e o surgimento de um novo paradigma, o *New Public Management (NPM)*. Verificámos, ainda, a influência



das reformas na AP nos vários movimentos de reconstrução e desenvolvimento do SNS, em Portugal e na Europa.

Procurámos efectuar uma análise da evolução e reformas, nas práticas de gestão de recursos humanos, no sector privado e público, reflectindo sobre a introdução de novos modelos de emprego e flexibilização laboral, em Portugal e no resto da Europa. Reflectimos, ainda, sobre o novo regime de emprego público e modelo de gestão de recursos humanos e, de uma forma mais específica, sobre a sua aplicação no sector da saúde.

Fizemos uma caracterização do conceito de hospital, do processo de empresarialização nos hospitais, e a forma como a concepção da prestação pública de cuidados alterou os modos de regulação da actividade profissional. Nesta perspectiva, e de forma a integrarmos melhor os intervenientes envolvidos no nosso estudo de caso, efectuámos uma síntese histórica, das carreiras dos profissionais médicos e enfermeiros e das instituições hospitalares - hospitais Infante D. Pedro e São Teotónio.

Procurámos desenvolver e descrever todo o processo de investigação, a metodologia, as hipóteses que testámos neste estudo e as análises quantitativas e de conteúdo efectuadas, de forma a compreendermos melhor os potenciais efeitos das intervenções governamentais no sector da saúde, centradas na NGP, na relação jurídica de emprego de dois grupos profissionais: médicos e enfermeiros em dois hospitais públicos da Região Centro com o estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE) com modelos de gestão de recursos humanos e número de efectivos semelhante.

Relembramos, que foram as questões de investigação e as dúvidas por elas levantadas que determinaram o caminho a seguir de forma a conseguirmos a melhor articulação e síntese dos modelos, conceitos e teorias, descritos ao longo da nossa reflexão teórica no âmbito da revisão da literatura, assim como a análise de conteúdo do discurso dos entrevistados.

Neste sentido, constatámos a influência da NGP na reforma do SNS, pois foi a partir desta que se determinou a separação entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde, permitindo a introdução de novas formas de gestão nos hospitais, de modo a se conseguir uma maior flexibilidade e autonomia dos seus recursos financeiros e humanos, bem como, uma maior eficiência, escolha, responsabilização e qualidade nos cuidados de saúde prestados. Este novo paradigma conduziu à reorganização dos cuidados de saúde primários e ao aparecimento de novos agentes no sistema de saúde

como resultado das novas formas de coordenação e financiamento das unidades de saúde.

Constatámos, também, que a NGP ao procurar promover a redução da despesa pública incentivou a reestruturação dos recursos humanos na AP. Esta reestruturação implicou alterações nos regimes de vinculação, nas carreiras, no estatuto do emprego público, na segurança do emprego e na redução de efectivos, assim como, uma maior utilização dos contratos a prazo.

Constatámos, a presença de diferentes formas de contratualização nestes dois grupos profissionais dominantes, nestas duas instituições hospitalares com modelos de gestão semelhantes. No caso do grupo de pessoal médico verificámos que é um grupo profissional que apresenta uma relação jurídica de emprego mais estável, nas duas instituições (regime de nomeação, e mais tarde o regime de CIT, s/termo). Aferindo-se, que apesar de estas duas instituições utilizarem formas de contratualização flexíveis, não são exactamente iguais, dado que o hospital São Teotónio utiliza mais o contrato de trabalho s/termo, enquanto o hospital Infante D. Pedro decide-se pela prestação de serviços.

No que diz respeito ao grupo de pessoal de enfermagem, verificámos que é um grupo profissional, que embora tenha apresentado alguma instabilidade contratual, devido, não só, à introdução de medidas de controlo de crescimento na AP, impedindo a contratação de mais enfermeiros, para uma situação mais estável de emprego, mas também, devido, à existência de uma oferta superior à procura, ficando deste modo mais sujeitos às flutuações do mercado de emprego, e a situações laborais mais inseguras, como o CIT, c/termo. Apesar desta instabilidade na relação jurídica de emprego, nos últimos anos, este grupo profissional tem apresentado, nestas duas instituições hospitalares, alguma estabilidade contratual (CIT, s/termo). Aferimos que esta estabilidade contratual está relacionada com o preenchimento do quadro de efectivos equivalentes<sup>14</sup>. No entanto, também confirmámos, que é neste grupo profissional, que existe uma maior utilização do CIT, c/termo, para situações de substituição temporária, como sejam, férias, doença prolongada, ... etc. Neste sentido, constatámos, ainda, uma abordagem idêntica por parte dos conselhos de administração destas duas instituições hospitalares, quando pretendem colmatar a falta de enfermeiros, sem aumentar o número de enfermeiros adstritos à instituição, e consequente os custos com os mesmos.

---

<sup>14</sup> Quadro efectivos equivalentes, enfermeiros que se encontram em regime de CIT, s/termo. Este termo é utilizado no Relatório de Contas do Hospital Infante D. Pedro, EPE, página 59.

Inferimos, assim, uma mudança de paradigma na gestão dos recursos humanos nestes dois hospitais. O Contrato individual de Trabalho veio permitir uma gestão de recursos humanos mais próxima da gestão de uma organização privada, ou seja, os profissionais, médicos e enfermeiros, neste regime laboral, passaram a estar sujeitos ao regulamento da instituição onde estão vinculados, ao contrário do regime de carreira em que existia um regime geral que se aplicava à quase totalidade dos funcionários. Verificámos, que a falta dos procedimentos e regras estabelecidas colectivamente, criou desigualdades nestes dois grupos profissionais (em regime de Nomeação, regime de CIT, s/termo e c/termo, e prestação de serviços), nestas duas instituições hospitalares.

A introdução da NGP fomentou o aparecimento de modelos híbridos na organização e gestão destes dois hospitais, promovendo alterações nas formas tradicionais de regulação e controlo dos profissionais, médicos e enfermeiros. Comprovando-se que estas alterações fomentaram a reconfiguração da relação jurídica de emprego nestes dois grupos profissionais (médicos e enfermeiros), nestas duas instituições hospitalares. Assim, confirmámos nestas instituições hospitalares, a substituição do modelo de profissionais assalariados do Estado por modelos de contratualização, assim como, uma maior flexibilização na gestão destes dois grupos profissionais, com maior impacto no grupo profissional dos enfermeiros. Nesta reconfiguração destaca-se o peso do vínculo laboral CIT c/termo, já constatada por dois autores referenciados, anteriormente, no nosso trabalho científico, Baganha (s.d.) e Martins (2003)<sup>15</sup>.

Este estudo procurou contribuir para o conhecimento das alterações e efeitos que a nova gestão pública produziu na gestão de recursos humanos no sector público, nomeadamente, ao nível das políticas de contratação (colectiva e individual) dos profissionais – Médicos e Enfermeiros, especificamente, nestes dois hospitais da região centro, o Hospital Infante D. Pedro – Aveiro e o Hospital São Teotónio – Viseu.

Não obstante, como qualquer outro trabalho de investigação, também este apresenta as suas limitações. Uma das principais relaciona-se com o facto da amostra apenas estar circunscrita a duas instituições. Outra, relaciona-se com as entrevistas dado que estas foram apenas efectuadas com a chefia do Departamento de Recursos Humanos. Seria interessante efectuar a recolha de dados junto dos elementos do Conselho de Administração, permitindo o confronto de perspectivas.

---

<sup>15</sup> Estudo realizado sobre a relação jurídica de emprego, em 1998 e 1999, por estes dois autores (Baganha, s.d.; Martins et al, 2003), e desenvolvido na pág. 43 deste trabalho científico.

Todavia, os resultados e o reconhecimento de algumas limitações, permitem deixar questões em aberto, as quais, no futuro poderão ser um ponto de partida para outras investigações. Uma das questões que se poderá colocar é, no caso dos médicos: A precarização no emprego (regime de prestação de serviços), na classe médica, traduz uma verdadeira desvantagem ou é antes percepcionada por estes profissionais como uma oportunidade para obter melhores rendimentos?

Em síntese, e numa perspectiva global, verificámos que a reforma do sistema nacional de saúde em Portugal conduziu a uma maior autonomia das instituições, promovendo a concorrência (interna e externa) entre estas, assim como, a procura incessante de uma “boa” gestão/desempenho, na qual a redução da despesa é o objectivo a atingir. Uma das consequências desta procura, ao nível da gestão dos recursos humanos, traduz-se no crescente recurso a relações contratuais de maior precariedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Paulo Pereira de (2005), Trabalho, Serviço e Serviços: contributos para a Sociologia do Trabalho. Porto, Edições Afrontamento.

Almeida, António José (2007). Empregabilidade, contextos de trabalho e funcionamento do mercado de trabalho em Portugal. Escola Superior de Ciências Empresariais/IP Setúbal. Revista de Ciências da Educação, nº 2, Janeiro/Abril 07.

Almeida, Maria, et al (2009). Aspectos Estruturais do Mercado do Trabalho. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Observatório do Emprego e Formação Profissional.

Araújo, Joaquim F. F. E. (1993). Tendências de Reforma da Administração Pública na Comunidade, Particularmente em Portugal, Dissertação de Mestrado, Escola de Economia e Gestão, Braga: Universidade do Minho.

Arndt, H.W. 1998. "From State to Market" Asian Economic Journal Vol. 12 nº 4; 331-341.

Araújo, Joaquim (2002). Gestão pública em Portugal: mudança e persistência institucional. Coimbra: Quarteto Editora.

Araújo, Joaquim (2005). A Reforma Administrativa em Portugal: em busca de um novo paradigma. [consultado em 15 de Dezembro de 2008]. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3274>

Aucoin, Peeler. 1995. «Policicians, Public Service and Public Management: Getting Government Right». Governance in Changing Environment. Ed. By Guy Peters e D. J. Savoie. Montreal: McGill – Queen's University Press.

Baganha et al (s.d.). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>

Barker, K. e Christensen, K. (ed.) (1998), Contingent Work - American Employment Relations in Transition, IRL Press, Ithaca.

Barreira, M. (2001). Os Hospitais de Aveiro: dos Hospitais da Misericórdia ao Hospital Distrital infante D. Pedro – Aveiro: Câmara Municipal de Aveiro – Pelouro da Cultura.

Barros, Pedro Pita (2004). Reformas dos sistemas de saúde - O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 4, 2004.

Beck, U. (2000), The Brave New World, Cambridge, Polity Press.

Bevir, Mark & David O' Brien (2001). "New Labour and the Public Sector in Britain" Public Administration Review Vol. 61, 535 – 547.

Brewster, C., Carey, L., Dowling, P., Grobler, P., Holland, P. & Wörnich, S. (2003) Contemporary issues in human resource management: gaining a competitive advantage. 2ª edição. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa.

Bilhim, João, Ciência da Administração, Lisboa, Universidade Aberta, 2000.

Biscaia, A; et al (2003). Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias. Rev Port Clin Geral; 19:281-9

Bilhim, João (2004). Qualificação e Valorização de Competências. Sociedade Portuguesa de Inovação. Coleção Inovação e Governação nas Autarquias.

Bilhim, João (2007). Gestão Estratégica de Recursos Humanos. Lisboa, ISCSP.

Carvalho, A. S. (1992). Crónica do Hospital de Todos os Santos: V centenário da fundação do Hospital de Todos os Santos 1492-1992. Lisboa: HCL.

Carapinheiro, G. (1993). Saberes e poderes no Hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares. Edições Afrontamento, Centro de Estudos Sociais.

Carreira, Henrique Medina (1996). As políticas sociais em Portugal. Editora Gradiva (Lisboa).

Carapinheiro, Graça; Lopes, Noémia Mendes (1997). Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses: estudo sócio gráfico de âmbito nacional. Isboa: SEP, Sindicato de Enfermeiros Portugueses.

Castel, Robert (1998). As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes.

Cabral-Cardoso, C. (1999). 'Gestão de Recursos Humanos: Evolução do conceito, perspectivas e novos desafios.' In Cunha, M. (Ed.), Teoria Organizacional: 225-249. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Lda.

Carapinheiro, Graça & Cortês, Soraya (2000). Conflitualidade e mudanças face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro. Revista Crítica de Ciências Sociais. N.º 57/58.

Campos, António (2003). Políticas de saúde: Hospital - empresa: crónica de um nascimento retardado. Vol. 21, n.º 1 – Janeiro/Junho.

Cabral-Cardoso, C. (2004). The evolving Portuguese model of HRM.' International Journal of Human Resource Management. 15(6): 959-977

Castel-Branco, Teresa; Carinhas, C.; Cruz, E. (2008). Caracterização dos Recursos Humanos da Administração Pública Portuguesa 2005. Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público. Ministério das Finanças e da Administração Pública.

Carvalho, Teresa (2008). (Re)formas da burocracia: A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Carvalho, Teresa (2009). Nova Gestão Pública e reformas da saúde: O profissionalismo numa encruzilhada. Tese de Doutoramento, apresentada à Universidade de Aveiro.

Collière, M. (1989). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Corte-Real, Isabel. 2002. Notas sobre Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública. Oeiras, INA (CEAGP).

Correia, Tiago (2008). (Des)Gostos e contratos: Os impactes da contratação nas percepções individuais – explorações estatísticas. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998). Recomendações para uma reforma estrutural. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dunlop, David and Martins, Jo (1995). “An International Assessment of Health Care Financing – lessons for Developing Countries”, Washington, The World Bank – EDI Seminar Series.

Emílio, Albi; González-Páramo, J.M. y López Casasnovas, G. (1997). Gestión Pública. Editorial Ariel. Barcelona.

Escoval, Ana (1997). “Sistemas de Financiamento da Saúde. Análises e Tendências.” APES , Lisboa.

Ferreira, F. (1990). História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Frederickson, G. (1996). Comparing the Reinventing Government with the New Public Management. Public Administration Review.

Freire, João (2002), Sociologia do Trabalho: uma introdução, Porto, Edições Afrontamento.

Gonçalves, Suzete (2005) – Saúde: relatório final [Em linha]. Porto: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte. [Consultado em 2 Jan. 2009]. <http://www.ccr-norte.pt/regnorth/doc2015.php>

Guest, D. (1999). ‘Human resource management and the American Dream.’ In M. Poole (Ed.), Human Resource Management: Critical Perspectives on business and management. Vol. I: 139-162. London: Routledge.

Hespanha, Pedro; Carapinheiro, Graça (2001). Risco social e incerteza: Pode o Estado social recuar mais? Edições Afrontamento.

Hyman, Richard (2002). London School of Economics. Europeização ou erosão das relações laborais? Revista Crítica de Ciências Sociais, 62, Junho 2002: 7-32. [consultado em 12 de Dezembro de 2008]. <http://www.ces.uc.pt>

Hofstede, G. (1983). ‘The cultural relativity of organizational practices and theories.’ Journal of International Business Studies. Fall: 75-89.

Hood, Christopher (1991). “A Public Management for all seasons” Public Administration Review vol. 68:3-19.

Huws, Úrsula (2006), The Transformation of Work in a Global Knowledge Economy: towards a conceptual Framework. Leuven.

Jackson, Peter. 1994. “The new public sector management: surrogate competition and contracting out” in Peter Jackson and Catherine Price (ed) Privatisation and regulation: A review of the issues New York.

Kovács, Ilona (2004). Emprego flexível em Portugal. Sociologias, Porto Alegre, ano 6, nº 12, p. 32-67.

Kovács, Ilona (2006). Novas formas de organização do trabalho e autonomia no trabalho. Sociologia, Problemas e Práticas, nº 52.

Leite, Jorge (2004). Direito do trabalho, vol.II, Coimbra, FDUC.

Legge, K. (1995) *Human Resource Management: rethorics and realities*. Basigstoke: Macmillan Press Ltd.

Legge, K. (1995) *Human Resource Management: rethorics and realities*. Basigstoke: Macmillan Press Ltd.

Lane, Jan-Erik (2000). *New Public Management*. London: Routledge

Losey, M. (1998). 'HR Comes of Age.' *HR Magazine*, 43 (3): 40-53.

Madureira, César; Rodrigues, Miguel (2006). A Administração Pública do século XXI: Aprendizagem organizacional, mudança comportamental e reforma administrativa. *Comportamento Organizacional e Gestão*, vol. 12, n.º 2, 153-171. <http://www.scielo.oces.mctes.pt>

Magone, José M. (1997), *European Portugal. The Difficult Road to Sustainable Democracy*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London: MacMillan Press

Marques, Conceição C. (2000). Alguns aspectos da gestão pública na Administração Central em Portugal. Universidade Aberta. Comunicação apresentada em el I Encuentro Iberoamericano de Contabilidad de Gestión (Valencia – Noviembre 2000). [Consultado em 4 de Novembro de 2008]. <http://www.observatorioiberoamericano.org>

Martins, J. et al (2003). Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. Parte I – Quantos somos e quem somos. *Rev Port Clin Geral*; 19:513-17

Martins, J. et al (2003). Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. Parte II– Como estamos, onde estamos e como nos sentimos. *Rev Port Clin Geral*; 19:627-35

Mckee, K.D. (1997). 'The Human Resource Profession: Insurrection or Resurrection', *Human Resource Management*, 36(1): 151-156.

Mclaughlin, Kate (2002). "Lesson Drawing from the International Experience of Modernizing Local Governance" *Public Management Review*, Vol. 4, p405-411.

Mozzicafreddo, Juan (1992). O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 12, pp. 57 – 89.

Monteiro, Ileana Pardal (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, 2 (XVII): 317-325.

Moreira, Paula (2005). As fontes de poder dos gestores de recursos humanos portugueses. Um estudo exploratório Dissertação. Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão: Braga.

Morris, Jonathan & FARREL, Catherine (2007). *The International Journal of Human Resource Management*. The post-bureaucratic public sector organization. New organizational forms and HRM in ten UK public sector organizations.

Mintzberg, Henry (1996). *Managing Government, Governing Management*. Harvard Business Review, vol. 74, nº 3.

Ministério da Saúde (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério das Finanças e Administração Pública (2007). *Princípios Orientadores da Reforma dos Regimes de Vinculação, de Carreiras e de Remunerações na Administração Pública*.



Ministério das Finanças e Administração Pública (s.d). O Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho (SIADAP). Sessão de esclarecimento e debate sobre a reforma da Administração Pública. Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro.

Nolasco, Maria Inês (2004). A evolução da qualidade na Administração Pública Portuguesa. 3.ª Conferência para a Qualidade das Administrações Públicas da União Europeia, Roterdão. <http://eprints.rclis.org/archive/00011452/01/NolascoBAD204.pdf> (Consulta realizada em 12.12.2008)

Neves, M. & Pedrosa M. (2006). Género, Flexibilidade e Precarização: o trabalho a domicílio na indústria de confecções. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 11-34, jan./abr 2007

OCDE (1996). *Gestion du Capital et Réform de La Fonction Publique au Portugal*. Paris. [www.ocde.org](http://www.ocde.org).

OCDE Observer (2003), *Economic Survey of Portugal*, Policy Brief, January. [www.ocde.org](http://www.ocde.org)

OCDE (2003). *Gouvernance et Gestion Publiques*. [www.ocde.org](http://www.ocde.org)

OPSS (2008). *Relatório de Primavera 2008. Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

OPSS (2009). *Relatório de Primavera 2009. Dez anos de OPSS/Trinta anos de SNS. Razões para continuar*. Escola Nacional de Saúde da Universidade Nova de Lisboa, do Centro de Estudos e Investigação de Lisboa, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.

Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government*. Addison-Wesley: Publishers Company.

Paulos, Margarida R. (2007). *Consequências da Flexibilidade*. Trabalho realizado no âmbito do mestrado em Sociologia, ISCTE.

Pinto, M. Luís (s.d). *Métodos Quantitativos Aplicados às Ciências Sociais*. Universidade da Ásia Oriental (UAO) e Instituto Nacional de Administração (INA).

Pinto, M., et al (1996). *Glossário de Direito do Trabalho e Relações Industriais*, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Universidade Católica Editora.

Peters, T., & Waterman, R. (1982). *In Search of Excellence*. New York: Harper and Row.

Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert, 2004. *Public Management Reform: A Comparative Analysis* – 2<sup>nd</sup> Edition. Oxford: Oxford University Press

Pynes, Joan (2004). *Human Resources Management for Public and Nonprofit Organizations*. JOSSEY-BASS, A Wiley Imprint.

Rebelo, G. (2003), *Emprego e Contratação Laboral em Portugal – Uma Análise Sócio económica e Jurídica*, RH Editora, Lisboa.

Rebelo, Glória (2004), *Flexibilidade e Precariedade no Trabalho: análise e diagnóstico*, Lisboa.

Rebelo, Glória (2006). *Flexibilidade e Diversidade Laboral em Portugal*. Dinâmia Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica.

Redinha, M. R. G. (1998). A precariedade do emprego – uma interpelação ao Direito do Trabalho, in *Direito do Trabalho – Iº Congresso Nacional de Direito do Trabalho*, Livraria Almedina, Coimbra, pp. 327-344.

Reis, V. (1999). O estatuto hospitalar. In PORTUGAL. Ministério da Saúde — O hospital português. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Reis & Falcão (2003). Gestão de serviços de saúde - Hospital público português: da crise à renovação? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 21, Nº 2 – Julho/Dezembro.

Reis, Vasco & Falcão, Eva. (2003). Hospital público português: da crise à renovação. Gestão de serviços de saúde. Vol. 21, nº 2 – Julho – Dezembro.

Ribeiro, José M. (2004). Hospitais SA. Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. Volume Temático: 4.

Rodrigues, António (s.d). Recursos Humanos. Gestão de recursos ou gestão de pessoas? Departamento de Engenharia Informática. Universidade de Coimbra.

Rocha, J. A.Oliveira (1999). Gestão de Recursos Humanos. 2ª edição. Lisboa: Editorial Presença.

Rocha, J. A. Oliveira (2001). Gestão Pública e Modernização Administrativa, Oeiras: INA.

Rodrigues, Luís A., Ginó António, Sena Catarina, Dahlin Karin (2002). Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde. APIFARMA. Edições Colibri.

Rodrigues, Miguel & Araújo, Joaquim (2005). A Nova Gestão Pública na Governação Local. Universidade do Minho.

Rocha, Oliveira (2007). Gestão de Recursos Humanos, Lisboa, Presença.

Rhodes, R.A.W. 1996. “From Institutions to Dogma: Tradition, Ecletism and Ideology in the study os British Public Administration” *Public Administration Review* n.º 56, 507-516.

Silva, Ana M. Escoval (2003). Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Factores críticos do contexto português. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do trabalho e da Empresa (ISCTE).

Sparrow, P. & Marchington, M. (1998). ‘Introduction: Is HRM in crisis?’, in Sparrow, P. and Marchington, M. (eds.). *Human resource management: the new agenda*. London: Financial Times/Pitman Publishing.

Starfield, Barbara (1987). «The Future of Primary Care in a Managed Care Era», *International Journal of Health Services*, 27(4), 687-720.

Streeck, W. (1991) *Beyond Keynesianism. The socio-economics of production and employment*, Edward Elgar, London.

Stoleroff, A. (2007), “Relações laborais nas empresas e sistema de relações industriais em Portugal”, em José Manuel Leite Viegas, Helena Carreiras e Andrés Malamud (orgs.), *Portugal no Contexto Europeu*. Vol. I: Instituições e Política, Lisboa, CIESISCTE, Celta Editora.

Stoleroff, Alan & Correia, Tiago (2008). A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. ISCTE, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. CIES e-WORKING PAPER Nº 47

Torrington, D. (1989). 'Human resource management and the personnel function', in Jonh Storey (ed.) *New Perspectives on Human Resource Management*, London: Routledge.

D. & De Vos, A. (2001). 'Perceptions of the value of the HR function.' *Human Resource Management Journal*. 11 (3):70-89.

Torres, Maria do Rosário (2000), *Avaliação de Políticas Públicas. Razões para o recente desenvolvimento desta figura: a situação portuguesa. Um pretexto para discorrer sobre o binómio Estado/sociedade civil*. Tese de Mestrado em Economia e Sociologia Históricas, tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa através da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Varanda, Jorge (2004). *Empresarialização - Hospitais: a longa marcha da empresarialização*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 4, 2004.

Villaverde et al (2002). *Saúde e Doença em Portugal. Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.

Warrington, Edwards (1997). "Tree Vies of the "the New Public Administration". *Public Administration and Development* Vol. 17, 3-12.

## LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto-Lei nº 31, *Diário do Governo, Iª Série*, nº 147 (559-561), 27 de Junho de 1941, Portugal - Ministério do Interior - Direcção Geral de Assistência (consultado a 21 de Dezembro de 2008).

Decreto-Lei nº 427/89 - *Diário da República, 1.ª série* - N.º 281 (5322) - 7 de Dezembro de 1989. Portugal (consultado a 10 de Setembro de 2009).

Lei nº 48/90 – *Diário da República, Iª Série*, nº 195, 24 de Agosto de 1990. Portugal - Assembleia da República (consultado a 21 de Dezembro de 2008).

Lei nº 27/2002- *Diário da República, Iª Série*, Nº 258 (7150) - 8 de Novembro de 2002. Portugal - Assembleia da República (consultado a 15 de Setembro de 2009).

Lei nº 12-A/08- *Diário da República, Iª Série*, N.º 41 - 27 de Fevereiro de 2008. Portugal - Assembleia da República (consultado a 15 de Janeiro de 2009).

Decreto-Lei n.º 53/98 - *Diário da República, 1.ª série* - N.º 59 (961) - 11 de Março de 2008. Portugal - Assembleia da República (consultado a 27 de Setembro de 2009).

Lei nº 59/2008 *Diário da República, Iª Série*, N.º 176 (6524) – 11 de Setembro de 2008. Portugal - Assembleia da República (consultado a 2 de Outubro de 2009).

Lei n.º 66-B/07 - *Diário da República, Iª Série*, N.º 250 - 28 de Dezembro de 2007. Portugal - Assembleia da República (consultado a 24 de Fevereiro de 2009).

Decreto-Lei n.º 177/09 - *Diário da República, 1.ª série* - N.º 149 (5049) - 4 de Agosto de 2009. Portugal (consultado a 10 de Setembro de 2009).

Decreto-Lei n.º 248/09 - *Diário da República, 1.ª série* - N.º 184 (6761) - 22 de Setembro de 2009. Portugal - Assembleia da República (consultado a 27 de Setembro de 2009).

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital ...

O meu nome é Manuel Eduardo Martins Viegas, encontro-me a frequentar o Mestrado em Administração e Gestão Pública na Universidade de Aveiro – Departamento de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas, no âmbito do qual estou a desenvolver um projecto de investigação, subordinado ao tema: *“Mudança de paradigma na gestão hospitalar dos recursos humanos: Estudo de caso em dois hospitais da região centro”*, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Carvalho. O objectivo geral deste estudo, é realizar uma análise comparativa das alterações nas condições de trabalho de três profissões distintas: médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Para a concretização deste trabalho científico é indispensável a obtenção de dados, pelo que, solicitava a V. Ex.<sup>a</sup> o acesso aos mesmos. De forma mais específica, gostaria de obter para cada uma das referidas profissões, os seguintes dados:

- Características Pessoais (sexo e idade);
- Características Profissionais (nº de profissionais, categoria profissional, anos na categoria, tipo de relação jurídica de emprego (quadro e/ou contrato – termo (duração) /sem termo), tempo de serviço);
- Outsourcing (nº de profissionais nesta situação laboral por tipo de carreira).

Estes dados devem reportar-se ao período que se inicia no ano 2000 e termina no corrente ano de 2008.

Pelo facto de se tratar de um trabalho científico comprometo-me a garantir sigilo absoluto e a total confidencialidade dos dados. Gostaria, ainda, de fazer notar que a conclusão deste trabalho depende, em absoluto, da obtenção destes dados. Certo de que

compreendem a importância do presente pedido, agradeço antecipadamente toda a colaboração prestada.

Grato pela atenção,

Aveiro, 08 de Outubro de 2008.

O Aluno de Mestrado

(Manuel Viegas)

## **Guião de Entrevistas**

### **I. Questões gerais**

1. Como tem visto a evolução dos recursos humanos neste hospital nos últimos anos?
2. Quais as mudanças mais significativas que ocorreram a este nível?
3. Na sua opinião qual ou quais os grupos profissionais mais afectados por estas mudanças?

### **II. Questões técnicas**

1. Gostaria que me fizesse o favor de esclarecer as principais diferenças entre as principais formas de contratações utilizadas neste hospital:

- Contrato Administrativo de Provimento;
- Contrato Individual Trabalho Sem Termo;
- Nomeação provisória
- Novas admissões Adm. Pública;
- Contrato Individual de Trabalho, até 03/11/2030;
- Trabalhador Independente;
- Contrato a termo certo – direito público;

2. Em que circunstâncias é que o hospital recorre ou recorreu a práticas de Outsourcing?

3) Porque razão determinadas relações contratuais são mais utilizadas num grupo profissional do que noutro? Por exemplo, a relação estabelecida como trabalhador independente parece ser mais utilizada nos médicos. O que justifica isto?

4) No que diz respeito à dinâmica contratual de recursos humanos – médicos e enfermeiros, como descreve as alterações que se registaram quando esta unidade hospitalar transitou para SA e posteriormente para EPE? Descreva cada um dos períodos (antes de 2002, de 2002 a 2005, e de 2005 a 2008)?

6) Na análise dos dados estatísticos constatou-se um aumento de efectivos para ambas as profissões e, consequentemente, um aumento do nº total de efectivos na instituição,



embora com relações contratuais distintas. Qual é a sua opinião acerca disto? Ou o que me pode dizer acerca desta evolução?